CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES
DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

XXXIe SESSION
BLOIS (25-30 JUILLET 1927)

COMPTES RENDUS

PUBLIÉS PAR

Le Docteur MAURICE OLIVIER

Secrétaire Général de la XXXIe Session du Congrès

PARIS
MASSON ET Cie, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, Boulevard Saint-Germain

1927



CONGRÈS

DES

MÉDECINS ALIÉNISTES & NEUROLOGISTES DE FRANCE

ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

XXXI[e] SESSION

BLOIS (25-30 JUILLET 1927)

PRÉLIMINAIRES

COMITÉ D'HONNEUR

Sous le haut patronage de M. le Président de la République

M. Martin, Préfet de Loir-et-Cher.
MM. les Sénateurs et MM. les Députés du Département de Loir-et-Cher.
M. Pichery, Président du Conseil Général.
M. le Dr Olivier, Maire de Blois.
M. Raymond, Président du Tribunal.
M. Boutin-Desvignes, Procureur de la République.
M. le Dr Marmasse, Président de l'Association des Médecins de Loir-et-Cher.
M. le Dr Cosse, Président de l'Association des Médecins d'Indre-et-Loire.
M. le Dr Thierry, Directeur de l'Ecole de Médecine de Tours.
M. le Médecin-Inspecteur Uzac, Directeur du Service de Santé de la Ve Région.
M. le Médecin-Inspecteur Bonnet, Directeur du Service de Santé de la IXe Région.
M. Decault, Président du Syndicat d'Initiative de Blois.

BUREAU DE LA XXXIe SESSION

Président

M. le Professeur Raviart (de Lille).

Vice-Président

M. le Professeur Henri Claude (de Paris).

Secrétaire général

M. le Docteur M. Olivier, Directeur-Médecin de la Maison de Santé départementale de Blois (Loir-et-Cher).

COMITÉ PERMANENT DU CONGRÈS

MM. ABADIE, de Bordeaux.
Raoul LEROY, de Paris.
Aug. LEY, de Bruxelles.
Henry MEIGE, de Paris.
OLIVIER, de Blois.
VAN DER SCHEER, de Santpoort.

Secrétaire permanent : M. René CHARPENTIER, de Neuilly-sur-Seine.

DÉLÉGUÉS OFFICIELS

SOCIÉTÉ DES NATIONS

Institut de Coopération Intellectuelle : M. Julien LUCHAIRE. (Retenu par les travaux de la séance de la Coopération Intellectuelle à Genève).

RÉPUBLIQUE ARGENTINE

Dr Elvic FERNANDEZ, de Buenos Ayres.

BELGIQUE

Gouvernement Belge, Ministère de la Justice : Dr GLORIEUX, Inspecteur général honoraire des Asiles et Colonies d'aliénés du Royaume ; Dr D'HOLLANDER, Prof. de Psychiatrie à l'Université de Louvain.

Société de Médecine mentale de Belgique : Prof. Aug. LEY, de Bruxelles, et Dr VERVAECK, Directeur des Services d'Anthropologie pénitentiaire.

Société belge de Neurologie : Prof. DIVRY, de Liège, et Dr VERMEYLEN, de Bruxelles.

BRÉSIL

Dr Adanto BOTELHO, Représentant officiel du Gouvernement brésilien. (Chef de clinique de la Faculté de médecine de Rio de Janeiro). Directeur du sanatorium de Botafago.

GRANDE-BRETAGNE

Royal medico-psychological Association : Dr Donald Ross.

CANADA

Dr Sylvio CARON et Dr J.-Chas. MILLER (de l'Hôpital de St-Michel-Archange de Québec), Délégués officiels de la province de Québec.

RÉPUBLIQUE DE CUBA

Dr Aristide MESTRE, Prof. à l'Université de la Havane.

DANEMARK

M. le Doyen Aug. WIMMER, de l'Université de Copenhague.

ESPAGNE

Dr E. MIRA (de Barcelone), Délégué de l'Association espagnole de Neuro-Psychiatrie.

FRANCE

Ministère de l'Instruction Publique et des Beaux-Arts : Prof. Henri CLAUDE, de la Faculté de médecine de Paris.

Ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales : Dr DEQUIDT, Inspecteur général des Services administratifs.

Ministère de la Guerre, Direction du Service de Santé militaire: Dr A. Fribourg-Blanc, Médecin-major de première classe, Prof. à l'Ecole d'application du Val-de-Grâce.

Ministère de la Marine, Direction centrale du Service de Santé: Dr A. Hesnard, Médecin principal de la marine, Prof. à l'Ecole d'application de Toulon.

Préfecture du Département de la Seine : M. Prunier, Inspecteur des Etablissements départementaux de l'Assistance de la Seine.

Commission de surveillance des asiles de la Seine : M. Delaitre, Maître des Requêtes au Conseil d'Etat.

Société Médico-Psychologique : MM. Legrain, Président, Raoul Leroy, Vice-Président, Henri Colin, Secrétaire général, Bussard et Guiraud, Secrétaires des séances.

Société clinique de Médecine mentale : MM. Raoul Leroy, Président, G. de Clérambault, Vice-Président, Henri Colin, Secrétaire général, Collet, Courbon, Fillassier, Secrétaires des séances, Marchand.

Société de Médecine légale : Prof. Henri Claude, Président, Dr Leri.

Société de Neurologie de Paris : Prof. Roussy, Président, Dr O. Crouzon, Secrétaire général, Behague, Secrétaire des séances, MM. Ern. de Massary, ancien Président, René Charpentier, Lévy-Valensi, Jumentié, Tournay.

Société de Psychiatrie de Paris : Prof. Henri Claude, Président, MM. René Charpentier et Lévy-Valensi.

Société française de Psychologie : Prof. Pierre Janet, ancien Président; Prof. Blondel (de Strasbourg), M. René Charpentier.

HOLLANDE

Dr Van der Scheer, Président de la Société Hollandaise de Psychiatrie et de Neurologie.

ITALIE

Prof. Art. Donaggio, Doyen de la Faculté de médecine de Modena, Délégué officiel de la Société Italienne de Neurologie.

GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG

Gouvernement Luxembourgeois, Ministère de l'Hygiène et du Service sanitaire : Dr Albert Hansen, Médecin-Chef des Services à la Maison de Santé d'Ettelbruck.

POLOGNE

Gouvernement Polonais, Ministère de l'Instruction Publique : Prof. Stanislas Wladyczko, de l'Université de Wilno.

PORTUGAL

Prof. Sobral-Cid, de l'Université de Lisbonne, Directeur du Manicomio Bombarda.

ROUMANIE

Prof. Obregia, de Bucarest, Vice-Président du Sénat Roumain.

SUISSE

Société suisse de Psychiatrie : Dr Boven, de Lausanne, Vice-Président.
Société suisse de Neurologie : Dr Roerich, de Genève.

TCHÉCOSLOVAQUIE

Prof. Ladislas Haskovec, de Prague.

URUGUAY

Dr Santin-Carlos Rossi, Prof. de Clinique psychiatrique de Montevideo.

LISTE

DES MEMBRES ADHÉRENTS
DES MEMBRES ASSOCIÉS
ET DES
ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

INSCRITS A LA 31e SESSION DU CONGRÈS

MEMBRES ADHÉRENTS

Dr ABADIE, Professeur à la Faculté de Médecine, Médecin des Hôpitaux, 18, rue Porte-Dijeaux, Bordeaux.

Dr ABÉLY (Paul), Médecin en chef à l'Asile de Prémontré (Aisne).

Dr ADAM (Frantz), Médecin en chef à l'Asile de Rouffach (Ht-Rhin).

Dr AHRINGSMANN, Barmbecker Krankenhaus, Hamburg (Allemagne).

Dr ALBES, Médecin en chef de l'Asile de Châlons-sur-Marne.

Dr ALLAMAGNY, Médecin-Directeur adjoint de la Maison de Santé, 161, rue de Charonne, Paris, XIe.

Dr AMELINE, Médecin en chef-Directeur de la Colonie Familiale d'Ainay-le-Château (Allier).

Dr AMOUROUX, Médecin en chef du quartier des Aliénés, 1 *bis*, boulevard de Verdun, Poitiers (Vienne).

Dr D. ANGLADE, Médecin en chef à l'Asile de Château-Picon, Bordeaux (Gironde).

Dr ANSALONI, rue des Minimes, Blois (Loir-et-Cher).

Dr ARTHUR, Médecin-Major à l'Ecole Navale de Brest (Finistère).

Dr AUBRY, Médecin en chef à l'Asile de Maréville (Meurthe-et-Moselle).

Dr AUDEMARD, Médecin des Asiles, Inspecteur des Maisons de Santé, 71, Chemin des Grandes-Terres, Lyon-St-Just (Rhône).

Dr AUDY, Médecin à Huisseau-s.-Cosson (Loir-et-Cher).

Dr AUGAGNEUR (André), Directeur-Médecin de l'Asile de Bien-Hoa (Cochinchine).

Dr AUSTREZESILO, 82, Marquez de Olinde, Rio de Janeiro (Brésil).

Dr BAHIA, Junior, Médecin adjoint de l'Hôpital Conde de Ferreira, Porto (Portugal).

Dr BARBIER, 34, rue de Vaugirard, Paris, VIe.

Dr BARRÉ, 36, avenue de la Forêt-Noire, Strasbourg (Bas-Rhin).

Dr Baruk, Médecin en chef-Directeur de l'Asile de Ste-Gemmes près Angers (Maine-et-Loire).
Dr Baruck (H.), Villa Montaigne, 4, rue Cacheux, Paris.
Dr Baudouin (A.), 5, rue Stanislas, Paris, VIIe.
Dr Beaudouin (H.), Médecin-Chef Maison de Santé de Fitz-James, Clermont (Oise).
Dr Beaussart, Asile de La Charité-sur-Loire (Nièvre).
Dr Bechman (Mme Jeanne), 39, rue Juste-Lepse, à Bruxelles (Belgique).
Dr Behague (A.), 2, rue Pictevin, Arras (Pas-de-Calais).
Dr Behague (Pierre), Chef de Laboratoire à la Salpêtrière, 1, rue de Villersexel, Paris, VIIe.
Dr Beijerman, Zenuwarts, Santpoort (Hollande).
Dr Bérillon, Médecin-Inspecteur des Asiles de la Seine, 4, rue de Castellane, Paris, VIIIe.
Dr Bersot, Médecin en chef de la Clinique Bellevue « Le Landeron », Neuchâtel (Suisse).
Dr Billet, Médecin en chef-Directeur de la Maison de Santé Rech, à Montpellier (Hérault).
Dr Blondel, Professeur à la Faculté des Lettres, 7, quai des Pêcheurs, Strasbourg (Bas-Rhin).
Dr Borel (E.), Médecin en chef de l'Hospice de Perreux-s.-Bouvry, Neuchâtel (Suisse).
Dr Botelho (Adanto), Chef de clinique de la Faculté de Médecine de Rio de Janeiro, Directeur du Sanatorium de Botafago (Brésil).
Dr Boulenger, Directeur-Médecin de la Ferme-Ecole Provinciale de Waterloo (Belgique).
Dr Bour (Louis), Médecin-Directeur du Sanatorium de la Malmaison, à Rueil (Seine-et-Oise).
Dr Bourguignon (Georges), 15, rue Royer-Collard, Paris, Ve.
Dr Bourilhet, Médecin en chef de l'Asile de Ste-Catherine, près Moulins (Allier).
Dr Bouyer, Asile de St-Robert, St-Egrève (Isère).
Dr Boven, 23, avenue de la Gare, à Lausanne (Suisse).
Dr Brousseau (Albert), Professeur de Psychiatrie à l'Hôpital St-Michel-Archange, Québec (Canada).
Dr Buffet, Médecin-Directeur de la Maison de Santé d'Ettelbruck (Grand-Duché de Luxembourg).
Dr Busquet, Calle de Balmes 26, Barcelone (Espagne).
Dr Buvat, Médecin en chef-Directeur de la Villa Montsouris, 130, rue de la Glacière, Paris, XIVe.

Dr Calmettes, Médecin en chef de l'Asile de Naugeat, près Limoges (Hte-Vienne).

Dr Caron (Sylvio), Médecin de l'Hôpital St-Michel-Archange (Québec), 284, rue de Vaugirard, Paris, XVe.

Dr Carriat, Médecin-Chef, Asile de Dury-les-Amiens (Somme).

Dr Carrier (Henri), Directeur-Médecin de la Maison de Santé St-Vincent-de-Paul, Lyon (B.-du-R.).

Dr Ceillier (André), 20, quai de Béthune, Paris, IVe.

Dr Cenac (M.), rue Cabanis, Paris, IVe.

Dr Charon (René), 39, boulevard du Mail, Amiens (Somme).

Dr Charon (Henri), Médecin-Directeur, Maison de Santé de Castel-d'Andorte, Le Bouscat, Bordeaux (Gironde).

M. Charpentier (C.), 20, rue Ernest-Cresson, Paris.

Dr Charpentier (René), ancien Chef de clinique de la Faculté de Paris, Médecin-Directeur de la Maison de Santé, 6, boulevard du Château, Neuilly-s.-Seine (Seine).

Dr Charuel, Droyes par Montierender (Hte-Marne).

Dr Chevalier, Médecin, Asile de Montpellier (Hérault).

Dr Chèze, 11, rue des Finets, Clermont-d'Oise.

Dr Chocreaux, Médecin en chef, Maison de Santé de Lommelet, St-André-lez-Lille (Nord).

Dr Christy, 8, avenue Verquin, Lyon (Rhône).

Dr Claude (Henri), Professeur de clinique des maladies mentales à la Faculté de Médecine, 89, boulevard Malesherbes, Paris, VIIIe.

Dr Clérambault (de), 46, rue Danicourt, Malakoff (Seine).

Dr Codet (H.), 10, rue de l'Odéon, Paris.

Dr Cohen (G.), Hamburg, 33, Krankenhaus Bannbeck (Allemagne).

Dr Collet (G.), Médecin-Directeur de la Clinique Médicale, 6, avenue des Marronniers, à Fontenay-s.-Bois (Seine).

Dr Combemalle, Professeur agrégé, Chef de clinique psychiatrique, 93, rue d'Esquermes, Lille (Nord).

Dr Cosse (Francis), 22 *bis*, boulevard Bérenger, à Tours (Indre-et-Loire).

Dr Costedoat, Ecole de Service de Santé militaire, Lyon (Rhône).

Dr Coulonjou (E.), Médecin-Chef, Hospice St-Jacques, Nantes (Loire-Inf.).

Dr Courbon (Paul), Médecin-Chef, Asile de Vaucluse, Epinay-s.-Orge (Seine-et-Oise).

Dr DE CRAENE (Ernest), Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Bruxelles, Vice-Président de la Société de Médecine Mentale, 26, rue Jacques-Jordaens, Bruxelles (Belgique).
Dr CROISIER, 66, avenue Maunoury, Blois (Loir-et-Cher).
Dr CROUZON, Médecin-Chef de Service à la Salpêtrière, 30 *bis*, avenue d'Iéna, Paris.
Dr CULLERRE (A.), 8, boulevard des Allées, La-Roche-s.-Yon (Vendée).

Dr DADAY, 57, Grande-Rue, St-Maurice (Seine).
Dr DARDEL (Maurice), Clinique de Rosevilla, Neuchâtel (Suisse).
Dr DARDENNE, Médecin-adjoint, Maison de Santé de Dave-les-Namur (Belgique).
Dr DEL-CRECO (François), Médecin-Directeur, Hôpital Psychiatrique, Aquilla (Italie).
M. DELAITRE (Joseph), 9, rue de la Condamine, Paris.
Dr DELAUNOIS, Directeur de l'Etablissement de Bon-Secours, à Péruwelz (Hainaut).
Dr DELMAS, Médecin-Directeur de la Maison de Santé d'Ivry-s.-Seine, 23, rue de la Mairie.
Dr DEMAY, Médecin-Chef de l'Asile de Clermont-d'Oise.
Dr DESRUELLES (Maurice), Médecin-Chef de l'Asile de St-Ylie (Jura).
Dr DIVRY (Paul), 11, avenue Blonden, Liège (Belgique).
Dr DODERO, Médecin-Chef, Asile de Bron (Rhône).
Dr DONAGGIO, Professeur à l'Université de Modène (Italie).
Dr DUBOIS, 6, avenue de l'Observatoire, à Clermont-Ferrand (P.-de-D.).
Dr DUBOURDIEU, Asile de Breuty-la-Couronne (Charente).
Dr DUCHATEAU, 30, rue Alfred-Giron, Bruxelles (Belgique).
Dr DUCOS, Médecin-Chef de l'Asile de Cadillac (Gironde).
Dr DUPAIN (J.-M.), Médecin en chef honoraire des Asiles de la Seine, 5, boulevard St-Michel, Paris, Ve.

Dr EUZIÈRE, Professeur à la Faculté de Médecine de Montpellier, Chemin de Pioche-Boutonnet, Villa de Baichis, Montpellier.

Dr FAREZ (Paul), Médecin-Inspecteur-adjoint, 3, rue de la Boëtie, Paris, VIIIe.

Dr Fenayrou, Directeur-Médecin de l'Asile de Rodez (Aveyron).
Dr Fernandez (Elvio), Hospice d'Aliénés de Buenos Ayres (R.-A.).
Dr Feuillade, 5, rue Sala, Lyon (Rhône).
Dr Fillassier, Médecin en chef-Directeur de la Maison de Santé du Château de Suresnes, 10, quai Galliéni, Suresnes (Seine).
Dr Focquet, 6, boulevard Frère-Orban, Namur (Belgique).
Dr Folly, 4, rue du Sanglier, Strasbourg (Bas-Rhin).
Dr Forel (Oscar), La Métairie, Nyon (Suisse).
Dr Fournial, Mer (Loir-et-Cher).
Dr Franchini (Guiseppe), Via Croçe n° 2, Piacenza (Italie).
Dr Frey, Asile de Stephansfeld, par Brumath (Bas-Rhin).
Dr Fribourg-Blanc, 10 *bis*, avenue des Gobelins, Paris, Ve.
Dr Fromenty, Directeur-Médecin, Asile de Lorquin (Moselle).

Dr Gassiot (Georges), Médecin en Chef de l'Asile de St-Yon, St-Etienne-du-Rouvray (S.-I).
Dr Gauducheau, 35, rue Jean-Jaurès, Nantes (L.-I.).
Dr Gelma (Eugène), 16, rue Louis Apffel, Strasbourg (Bas-Rhin).
Dr Genil-Perrin, Médecin des Asiles de la Seine, 99, avenue de la Bourdonnais, Paris.
Dr Gilles (André), Médecin de l'Asile St-Luc, Pau (Basses-Pyrénées).
Dr Giraud (Antoine), Domaine des Sources, La-Tour-de-Salvagny (Rhône).
Dr Glorieux, Inspecteur général des Etablissements pour malades mentaux et anormaux de Belgique, 215, avenue de Tervueren, Bruxelles (Belgique).
Dr Gommes, ancien Chef de clinique de la Faculté de Médecine de Paris, 5, rue Parrot, Paris.
Dr Gorriti (Fernando), Bulnes 915, Buenos Ayres (Rép.-A.).
Dr Gouriou, Asile de Blanche-Couronne, Savenay (L.-I.).
Dr Grandin (H.), Médecin, à Vendôme (Loir-et-Cher).
Dr Grelot, 9, rue Chaptal, Paris.
Dr Guichard, Médecin-Chef, Asile Ste-Marie, St-Pons, Nice (A.-M.).
Dr Guillain, Professeur de Clinique des maladies nerveuses à la Faculté de Médecine, 215 *bis*, boulevard St-Germain, Paris, VIIe.
Dr Guiraud, Médecin-Chef de l'Asile de Villejuif (Seine).

Dr Guisan (Pierre), Médecin-Directeur de l'Ermitage, Vevey-la-Tour (Suisse).

Dr Handelsman (Joseph), Médecin-Chef, Hôpital Trossler, à Pruszkov, par Varsovie (Pologne).
Dr Hansen, Médecin-Chef de service de l'Asile d'Ettelbruck (Grand-Duché de Luxembourg).
Dr Henry (Mlle Marthe), 20 *bis*, rue Daru, Paris, XVIe.
Dr Hesnard, Médecin de 1re classe de la Marine, professeur à l'Ecole de Médecine Navale, 4, rue Péreire, à Toulon (Var).
Dr Hivert, Asile de Vauclair (Dordogne).
Dr Hoven (H.), Directeur de l'Asile de Mons (Belgique).

Dr Janet (Pierre), 54, rue de Varenne, Paris.
Dr Jarrin, 48, rue des Ecoles, à Paris.
Dr Jude, Médecin principal de l'Armée du Levant, S. P. 610.
Dr Jumentié, 141, avenue Victor-Hugo, Paris.

Dr Kerdrel (de), Paladru (Isère).
Dr Klippel, 63, boulevard des Invalides, Paris.
Dr Krawzoff (Mlle), interne à la Maison de Santé départementale de Blois (Loir-et-Cher).

Dr Ladame, Privat-Docent à l'Université, Directeur de l'Asile de Bel-Air, Genève (Suisse).
Dr Lafage, Asile de Braqueville, Toulouse (Hte-Garonne).
Dr Laforgue (René), 1, rue Mignet, Paris, XVIe.
Dr Lagriffe, Directeur de l'Asile de Quimper (Finistère).
Dr Laignel-Lavastine, Professeur agrégé de la Faculté de Paris, 12 *bis*, Place Laborde, Paris, VIIIe.
Dr Lalanne, Médecin-Chef de l'Asile de Maréville, près Nancy (M.-et-M.).
Dr Lauzier, Médecin-Chef de l'Asile de Clermont-d'Oise.
Dr Legrain, 9, rue Pelouze, Paris, VIIIe.
Dr Lemaux, Médecin-Chef de l'Asile de St-Venant (Pas-de-Calais).
Dr Lépine, Doyen de la Faculté de Médecine, 1, place Gailleton, Lyon (Rhône).
Dr Leroy, Médecin-Chef de l'Asile Ste-Agathe, rue Hemricourt, 30, à Liège (Belgique).
Dr Leroy, Médecin-Chef de l'Asile de Maison-Blanche, à Neuilly-s.-Marne.

Dr Le Savoureux, Médecin des Asiles, La Vallée-aux-Loups, Châtenay-Malabry (Seine).
Dr Le Savoureux (Mme), La Vallée-aux-Loups, Châtenay-Malabry (Seine).
Dr Lestchinski (A.), Villa Elena, Territet (Suisse).
Dr Lévy-Valensi, Médecin des Hôpitaux, 37, avenue Victor-Hugo, Paris.
Dr Ley (Auguste), Professeur de Psychiatrie à l'Université de Bruxelles, Chef du service des maladies mentales à l'Hôpital St-Jean, 9, avenue Fond-Roy, à Uccle (Belgique).
Dr Ley (Jacques), 9, avenue Fond-Roy, Uccle (Belgique).
Dr Ley (Rodolphe), Chef des travaux d'anatomie pathologique à l'Université de Bruxelles, 10, avenue de la Ramée, Uccle (Belgique).
Dr Leyritz, Asile agricole de Chezal-Benoist (Cher).
Dr Lœwenstein, 22, quai de Passy, Paris.
Dr Logre, 49, avenue Montaigne, Paris, VIIIe.
Dr Long, Professeur à l'Université, 15, boulevard Helvétique, Genève (Suisse).
Dr Long-Landry (Mme), 5, avenue de l'Observatoire, Paris.

Dr Mahon, Directeur-Médecin de l'Asile de Mont-de-Marsan (Landes).
Dr Marchand, Médecin en chef de l'Asile de Villejuif, 47, rue Falguière, Paris, XVe.
Dr Marmasse, 1, rue des Jacobins, Blois (Loir-et-Cher).
Dr Martimor (E.), St-Lizier (Ariège).
Dr Martin-Sisteron, 14, boulevard Rey, Grenoble (Isère).
Dr Massaut, Médecin-Directeur de la Colonie d'aliénés de Lierneux (Belgique).
Dr Massary (Ernest de), 59, rue de Miromesnil, Paris.
Dr Mathieu (Pierre), Sémiramis (Alger).
Dr Medvedeff, Ermitage, Vevey-la-Tour (Suisse).
Dr Merland (André), Médecin-Chef de l'Asile d'Agen (Lot-et-Garonne).
Dr Messmer (Charles), Médecin adjoint de l'Ermitage, Vevey-la-Tour (Suisse).
Dr Mestre (Aristide), Profesor de la Universidat de la Habana, Republica de Cuba.
Dr Meuriot (Henri), Directeur de la Maison de Santé, 161, rue de Charonne, Paris, XIe.

Dr Mézie (André), Médecin-Directeur de l'Etablissement psychothérapique de Fleury-les-Aubrais (Loiret).

Dr Miller, Perray-Vaucluse (Seine-et-Oise).

Dr Minkowski, 2, square Delambre, Paris, XIVe.

Dr Mira, Bruch, 32, Mai, Barcelone (Espagne).

Dr Miraille, Directeur de l'Ecole de Médecine, 11, rue Copernic, Nantes (L.-I.).

Dr Miranda (H. de), 52, rue Spontini, Paris, XVIe.

Dr Molin de Teyssieu (Gérard), 14, rue Blanc-Dutrouilhe, Bordeaux (Gironde).

Dr Morat, Médecin-Directeur de la Clinique Neurologique de St-Cloud, 2, avenue Pozzo-di-Borgo, St-Cloud (Seine-et-Oise)

Dr Morel (Ferdinand), 10, avenue de Champel, Genève (Suisse).

Dr Morora (Elysio de), Faculté de Médecine de Coimbre (Portugal).

Dr Mourgue (R.), Faculté de Médecine, Laboratoire d'histologie, Montpellier (Hérault).

Dr Nathan, 51, rue Scheffer, Paris.

Dr Naudascher, Directeur-Médecin de l'Asile d'Evreux (Eure).

Dr Naville (F.), Professeur de médecine légale, Université de Genève (Suisse).

Dr Nayrac (Paul), Chef de clinique psychiatrique à la Faculté de médecine de Lille, 93, rue d'Esquermes, à Lille (Nord).

Dr Noel (Omer), Hôpital St-Jean-de-Dieu, Montréal, Province de Québec (Canada).

Dr Nouet, Asile d'aliénés d'Alençon (Orne).

Dr Obreggia (Alexis), Professeur à l'Université, Bucarest (Roumanie).

Dr Odier (Charles), 24, boulevard des Philosophes, Genève (Suisse).

Dr Olivier (Maurice), Médecin-Directeur de l'Asile de Blois (L.-et-C.).

Dr Ollivier, Médecin-Chef Asile de Lehon près Dinan (Côtes-du-Nord).

Dr Painblan (E.), 26, rue Jacquemars-Giclée, Lille (Nord).

Dr Pameijer (J.-H.), Geneesher Directeur Psychiatrische Inrichting « Maasoord » der genente Rotterdam, Poortugal (Hollande).

Dr PARANT (Louis), Médecin en chef-Directeur de la Maison de Santé de St-Cyprien, 17, Allées de Garonne, Toulouse (Hte-G.).

Dr PARCHEMINEY (Georges), 92, avenue Niel, Paris.

Dr PAUL-BONCOUR (Georges), Médecin en chef de l'Institut médico-pédagogique de Vitry, professeur à l'Ecole d'Anthropologie, 164, faubourg St-Honoré, Paris.

Dr PÉRON, 10, quai Galliéni, Suresnes (Seine).

Dr PERRUSEL, Hôpital pour maladies mentales, Manouba (Tunisie).

Dr PETIT (Georges), Médecin-Chef de la Maison de Santé Ville-Evrard, Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise).

Dr PORC'HER (Yves), Médecin de l'Asile de Montpellier (Hérault).

Dr POROT, Professeur agrégé à la Faculté de médecine, 29, rue Mogador, Alger.

Dr PRINCE, Médecin en chef à l'Asile de Rouffach (Haut-Rhin).

Dr QUERCY (Pierre), Médecin-Chef de l'Asile d'aliénés de Rennes (Ille-et-Vilaine).

Dr RAVAULT (Pierre), 34, avenue du Professeur-Weil, Lyon (Rhône).

Dr RAVIART (Georges), Professeur de clinique psychiatrique, 91, rue d'Esquermes, Lille (Nord).

Dr RAYNEAU, Médecin des Asiles, Chamalières (Puy-de-Dôme).

Dr REBOUL-LACHAUX (Jean), 100, rue Sylvabelle, Marseille.

Dr REPOND (André), Maison de Santé de Malévoz, Monthey (Suisse).

Dr ROBERT (Jean), Médecin-Directeur de l'Asile d'Auch (Gers).

Dr RŒRICH, 17, rue Tœffer, Genève (Suisse).

Dr ROGER (Henri), Professeur de clinique neurologique, 66, boulevard Notre-Dame, Marseille.

Dr ROSS (Donald), Asile d'Argyll, Lochilphead (Ecosse).

Dr ROSSI (Santin-Carlos), de Montevideo (Uruguay).

Dr ROUBINOVITCH, Médecin de Bicêtre, 3, rue de Médicis, Paris.

Dr ROUGEAN, 12, rue Dagobert, St-Lô (Manche).

Dr ROUQUIER (Alfred), Médecin-major Ecole du Service militaire, Lyon (Rhône).

Dr ROUSSY, 31, avenue Victor-Emmanuel-III, Paris.

Dr Salomon (J.), Directeur-Médecin de l'Asile de Lesvellec (Morbihan).
Dr Santenoise, Médecin-Chef Asile de St-Ylie (Jura).
Dr Sarradon, 10, Allées de Meilhans, Marseille.
Dr Saussure (Raymond de), Tertasse 2, Genève (Suisse).
Dr Stech (H.), Sous-Directeur de l'Asile Céry, Lausanne (Suisse).
Dr Semelaigne (René), 59, boulevard de Montmorency, Paris, Ier.
Dr Senges (Noël), Médecin-Chef Asile de Blois (Loir-et-Cher).
Dr Sicco, Montevideo (Brésil).
Dr Simon, Médecin-Chef à la Colonie d'enfants de Perray-Vaucluse (S.-et-O.).
Dr Sobral-Cid, Manicomio Bombarda, Professeur à l'Université, Lisbonne (Portugal).
Dr Sollier, 14, rue Clément-Marot, Paris, VIIIe.
Dr Sollier (Mme Alice), 2, avenue Pozzo-di-Borgo, St-Cloud (Seine).

Dr Targowla, Chef de clinique à la Faculté, 69, rue de l'Université, Paris, VIIe.
Dr Tarrius (Jean), 38, avenue Junot, Paris.
Dr Terrade, Asile de St-Alban (Lozère).
Dr Terrien (Emile), La Baule (Loire-Inférieure).
Dr Thomas (André), Médecin de l'Hôpital St-Joseph, 17, rue Quantin-Bauchard, Paris.
Dr Tissot, 15, rue Sadi-Carnot, Caen (Calvados).
Dr Titeca (Raoul), Sanatorium Sans-Souci, Jette-Bruxelles (Belgique).
Dr Tournay, 81, rue St-Lazare, Paris, IXe.
Dr Trénel, Médecin-Chef de l'Asile de Villejuif (Seine).

Dr Usse, Médecin-Chef de l'Asile d'Aix-en-Provence (Bouches-du-Rhône).

Dr Valdes (Ancieno), Matauzas.
Dr Valence (Robert), 12, rue Léonce-Reynaud, Paris.
Dr Van der Scheer, Directeur-Médecin de la Provincial Ziekenhuis, Santpoort (Hollande).
Dr Van Dessel (Franz), Médecin de l'Etablissement pour maladies mentales, à Duffel (Belgique).
Dr Vermeylen, 28, rue St-Bernard, Bruxelles (Belgique).

Dr Vernet (Georges), Médecin-Directeur de l'Asile de Beauregard, Bourges (Cher).

Dr Verstraeten (Paul), Médecin-Chef de l'Institut Caritas, Melle-lès-Gand (Belgique).

Dr Vervaeck (Louis), Directeur du Service d'Anthropologie pénitentiaire, 35, rue Verhulst, Uccle (Belgique).

Dr Vervaeck (Paul), 35, rue Verhulst, Uccle (Belgique).

Dr Vezin, 1, rue du Haut-Bourg, Blois (Loir-et-Cher).

Dr Vian, 49, rue Pastorelli, Nice (Alpes-Maritimes).

Dr Viel (B.), Pont-l'Abbé-Picauville (Manche).

Dr Vieux (Numa), Médecin de l'Etablissement hydrothérapique de Divonne (Ain).

Dr Vives (Salvador), Deputacion 312, Barcelone.

Dr Volfsohn, Heland Stanford Gardens, California (U.-S.-A.).

Dr Vullien (R.), Chef de laboratoire de la Clinique psychiatrique, 93, rue d'Esquermes, Lille (Nord).

Dr Wahl, Médecin-Chef Asile d'aliénés de St-Pierre, Marseille.

Dr Weille (J.), 4 *bis*, rue Gustave-Zédé, Paris, XVIe.

Dr Wenger (E.), 4, avenue Marie-Thérèse, Luxembourg.

Dr Wenger (Mme Marthe), 4, avenue Marie-Thérèse, Luxembourg.

Dr Wiki, 2, place Beau-Séjour, Genève (Suisse).

Dr Wimmer (Auguste), profes. Universitetet, Doyen de la Faculté de Médecine, Copenhague (Danemark).

Dr Wladyczko (Stanislas), Professeur à l'Université de Vilno (Pologne).

Mme Zahar, Clinique de Brillancourt, Chemin de Beau-Rivage, Lausanne (Suisse).

MEMBRES ASSOCIÉS

Princesse Marie de GRÈCE, 6, rue Adolphe-Yvon, Paris.
Mme ADAM, de Rouffach (Haut-Rhin).
Mlle ALLARD, de Nantes (Loire-Inférieure).
Mme AMOUROUX, de Poitiers (Vienne).
Mme AUDY, de Huisseau-sur-Cosson (Loir-et-Cher).

Mme BARBIER, de Paris, VI[e].
Mme BARRE, de Strasbourg.
Mme BARUK, d'Angers (Maine-et-Loire).
Mlle BARUK, d'Angers (Maine-et-Loire).
Mme BATOULT (G.), de Paris.
Mme BEAUDOUIN, de Clermont (Oise).
Mme BEHAGUE (P.), de Paris.
Mme BEIJERMAN, de Santpoort (Hollande).
Mlle BERMAN (A.), 90, boulevard de Courcelles, Paris.
Mme BERSOT, de Neuchâtel (Suisse).
M. BLONDEAU, 44, rue de Stassart, Bruxelles (Belgique).
Mme BOTELHO, Botafago (Brésil).
Mlle BOTELHO (Marie), à Botafago (Brésil).
Mme BOULENGER, de Waterloo (Belgique).
Mme BRIAND (Marcel), 67, boulevard des Invalides, à Paris.

Mme CARON (Sylvio), de Paris.
M. CARON, de Paris.
Mme CHARPENTIER (René), de Neuilly-sur-Seine.
Mme CHARON (Pierre), de Bordeaux.
M. CHEVALLIER (Henri), de Cellettes (Loir-et-Cher).
Mme CHEVALLIER, de Cellettes (Loir-et-Cher).
Mme CLAUDE, de Paris.
Mlle CLAUDE, de Paris.
Mme CODET (H.), de Paris.
Mme COLLET (G.), de Fontenay-sous-Bois (Seine).
M. COURBON (Paul), d'Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise).
Mme CRAENE (Ernest DE), de Bruxelles (Belgique).

Mme Daday, de St-Maurice (Seine).
Mlle Daday, de St-Maurice (Seine).
Mme Dardenne (E.), de Dave-lès-Namur (Belgique).
Mlle Dardenne, de Dave-lès-Namur (Belgique).
Mme Delaitre (Joseph), de Paris.
Mme Ducos, de Cadillac (Gironde).
M. Dubernet de Boscq, 85, rue St-Genès, Bordeaux.

Mme Fenayrou, de Rodez (Aveyron).
Mme Fernandez (Elvio), de Buenos Ayres.
Mme Feuillade, de Lyon (Rhône).
Mme Fournial, de Mer (Loir-et-Cher).
Mlle Fournial, de Mer (Loir-et-Cher).
M. Fournial, de Mer (Loir-et-Cher).
Mme Franchini, de Piacenza (Italie).
M. Frey (Léon), de Brumath (Bas-Rhin).

Mlle Gaillard, 49, rue Pastorelli, à Nice (A.-M.).
Mme Gachon (Emile), de Marsillargues (Hérault).
Mlle Gachon, de Marsillargues (Hérault).
Mme Gassiot, de St-Etienne-du-Rouvray (S.-I.).
Mme Gauducheau, de Nantes.
M. Girardet, Directeur de l'Asile de St-Ylie (Jura).
Mme Guiraud, Villejuif (Seine).

Mme Handelsman, de Pruszkov (Pologne).
Mme Hesnard, de Toulon (Var).

Mme Jumentié, de Paris.

Mme Laforgue, de Paris.
Mme Lagriffe, de Quimper (Finistère).
Mme Luzier, de Clermont (Oise).
Mme Lépine, de Lyon (Rhône).
M. Lévy-Valensi (J.), de Paris.
Mlle Lévy-Valensi, de Paris.
Mme Ley (Auguste), de Uccle (Belgique).
Mme Ley (Rodolphe), de Uccle (Belgique).

Mme Mahon, de Mont-de-Marsan (Landes).
Mlle Mahon (Jeanne), de Mont-de-Marsan (Landes).
M. Mahon (R.), de Mont-de-Marsan (Landes).

Mme Marchand, de Paris.
Mlle Marchand, de Paris.
Mme Martimor, de St-Lizier (Ariège).
M. Maystre (Léon), de Valmondois (Seine-et-Oise).
M. Medvedeff, de Vevey-la-Tour (Suisse).
Mme Mezie, de Fleury-les-Aubrais (Loiret).
Mme Miranda (H. de), de Paris.
Mme Morora (E. de), de Coimbre (Portugal).

Mme Nayrac (Paul), de Lille (Nord).
Mme Noel, 60, rue de la République, Senones (Vosges).

Mme Olivier (Maurice), de Blois (Loir-et-Cher).
M. Olivier (Yves), de Blois.
M. Olivier (Gérard), de Blois.

Mme Painblan (E.), de Lille (Nord).
Mme Parant, de Toulouse.
Mlle Patronnier, 40, rue du Mail, Blois (Loir-et-Cher).
Mme Paul-Boncour, de Paris.
Mme Perrusel, de Manouba (Tunisie).
Mlle Petit (Yvonne), 18, avenue de Châteaudun, Blois.
Mlle Petit (Marie-Thérèse), 18, avenue de Châteaudun, Blois.
Mme Prince, de Rouffach (Haut-Rhin).

Mlle Ravault (Jeanne), de Lyon (Rhône).
Mme Raviart, de Lille (Nord).
M. Raviart (Jean), de Lille (Nord).
Mme Rayneau, de Chamalières (Puy-de-Dôme).
Mme Roger, de Marseille.
Mlle Roger, de Marseille.
M. Roger, de Marseille.
Mme Rossi, de Montevideo (Uruguay).
Mme Rougean, de St-Lô (Manche).
M. Rougean, de St-Lô (Manche).

Mme Sarradon, de Marseille.
M. Sarradon (Paul), de Marseille.
M. Sarradon (André), de Marseille.
Mme Saussure (de), de Genève (Suisse).
Mlle Semelaigne, de Paris.
Mme Senges, de Blois (Loir-et-Cher).

Mlle SCRIBE, 51, rue de Rome, Paris.
Mme SCHNEIDER, de Huisseau-sur-Cosson (Loir-et-Cher).
Mme SOBRAL-CID, de Lisbonne (Portugal).

Mme TARRIUS, de Paris.
M. THOUVAY, professeur au Collège de La Châtre (Indre).
Mme TISSOT, de Caen (Calvados).
Mlle TISSOT, de Caen (Calvados).
Mme TITECA, de Jette-Bruxelles (Belgique).
M. TITECA (Jean), de Jette-Bruxelles (Belgique).
Mme TOURNAY, de Paris.

Mme VALENCE, de Paris.
Mlle VAN DER EECHEN (Marie), boulevard Frère-Orban, Gand (Belgique).
Mme VAN DER SCHEER, de Santpoort (Hollande).
Mme VERMEYLEN, de Bruxelles (Belgique).
M. VERNET (André), de Liège (Belgique).
Mme VERSTRAETEN, de Melle-lès-Gand (Belgique).
Mme VERVAECK (Louis), de Uccle (Belgique).
Mme VIAN, de Nice (A.-M.).

Mme WAHL, de Marseille.
M. WAHL, de Marseille.

Mlle ZAHAR, de Lausanne (Suisse).

ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

Allier. — Asile d'aliénés de Ste-Catherine-d'Yseure.
Allier. — Colonie Familiale d'Ainay-le-Château.
Aisne. — Asile d'aliénés de Prémontré.
Ariège. — Asile d'aliénés de St-Lizier.
Aveyron. — Asile d'aliénés de Rodez.
Bas-Rhin. — Asile d'aliénés d'Hœrdt.
Bas-Rhin. — Asile d'aliénés de Stephansfeld.
Basses-Pyrénées. — Asile d'aliénés de Pau.
Bouches-du-Rhône. — Asile d'aliénés d'Aix-en-Provence.
Charente. — Asile d'aliénés de Breuty-la-Couronne.
Charente-Inférieure. — Asile d'aliénés de Lafond, près La Rochelle.
Cher. — Asile d'aliénés de Beauregard, près Bourges.
Cher. — Colonie Familiale de Dun-sur-Auron.
Côte-d'Or. — Maison de Santé de la Chartreuse de Dijon.
Dordogne. — Asile d'aliénés de Vauclair.
Eure-et-Loir. — Asile d'aliénés de Bonneval.
Finistère. — Asile d'aliénés de Quimper.
Gers. — Asile d'aliénés d'Auch.
Haute-Garonne. — Asile d'aliénés de Toulouse.
Haute-Marne. — Asile d'aliénés de St-Dizier.
Haut-Rhin. — Asile d'aliénés de Rouffach.
Haute-Vienne. — Asile d'aliénés de Naugeat, près Limoges.
Hérault. — Asile d'aliénés de Font-d'Aurelle.
Isère. — Asile d'aliénés de St-Robert.
Jura. — Asile d'aliénés de St-Ylie, près Dôle.
Landes. — Asile d'aliénés de Mont-de-Marsan.
Loir-et-Cher. — Maison de Santé départementale de Blois.
Loiret. — Etablissement Psychothérapique de Fleury-les-Aubrais.
Lozère. — Asile d'aliénés de St-Alban.
Manche. — Asile d'aliénés de Pontorson.
Mayenne. — Asile d'aliénés de Mayenne.
Meurthe-et-Moselle. — Asile d'aliénés de Maréville, près Nancy.

MEUSE. — Asile d'aliénés de Fains-les-Sources.
MORBIHAN. — Asile d'aliénés de Lesvellec, près Vannes.
MOSELLE. — Asile d'aliénés de Sarreguemines.
MOSELLE. — Asile d'aliénés de Lorquin.
NIÈVRE. — Asile d'aliénés de La Charité-sur-Loire.
OISE. — Asile d'aliénés de Clermont.
ORNE. — Asile d'Alençon.
PAS-DE-CALAIS. — Asile d'aliénés de St-Venant.
RHÔNE. — Asile d'aliénés de Bron.
SARTHE. — Asile d'aliénés du Mans.
SAVOIE. — Asile de Bassens.
SEINE. — Asile clinique Ste-Anne à Paris.
SEINE. — Asile de Villejuif.
SEINE-ET-OISE. — Asile d'aliénés de Ville-Evrard.
TARN. — Asile d'aliénés du Bon-Sauveur, Albi.
VAUCLUSE. — Asile d'aliénés de Montdevergues.
YONNE. — Asile d'aliénés d'Auxerre.
BELGIQUE. — Asile d'aliénés de l'Etat de Mons.
CANADA. — Hôpital St-Michel-Archange, Québec.
CANADA. — Colonie d'Enfants de Mastaî, Québec.
LUXEMBOURG. — Maison de Santé d'Ettelbruck.
Laboratoire Fermé, 55, boul. de Strasbourg, Paris, X^e.
Laboratoires Drouet et Plet, 31, rue de Marly, Rueil.

SÉANCE D'OUVERTURE

SÉANCE D'OUVERTURE

Le lundi 25 juillet, à 10 heures du matin, au Château historique de Blois, dans la grande salle dite des Etats Généraux, s'est ouverte la séance inaugurale de la XXXIe session du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des Pays de langue française.

M. Martin, Préfet de Loir-et-Cher, représentant le Gouvernement de la République, présidait sur l'estrade qui avait été dressée pour cette cérémonie, entouré des membres du Comité d'Honneur, des délégués officiels de la France et des Nations adhérentes et des membres du Bureau du Congrès.

M. le Préfet de Loir-et-Cher ouvre la séance. Il lit une lettre de M. Luchaire qui exprime les regrets de l'Institut de Coopération intellectuelle (dépendant de la Société des Nations) de ne pouvoir se faire représenter cette année et il apporte les excuses des médecins tchéco-slovaques. Il prend ensuite la parole en ces termes :

Mesdames, Messieurs,

En ouvrant votre Congrès, j'ai le devoir d'excuser M. le Ministre du Travail, de l'Assistance et de l'Hygiène qui n'a pu, comme il l'aurait voulu, répondre à l'invitation qui lui a été adressée et qui m'a prié de vous apporter, au seuil de vos travaux, avec le témoignage de sa sympathie, le cordial salut du Gouvernement de la République.

A cet hommage, permettez au Préfet de Loir-et-Cher d'ajouter des souhaits personnels de bienvenue dans son département et de vous dire combien il se réjouit de voir, dans cette belle ville de Blois, collaborer, dans un esprit d'étroite et d'amicale entente, des représentants de l'élite intellectuelle française et de nombreux pays étrangers.

Les Congrès internationaux ont essentiellement pour but de faire progresser les diverses branches de la Science, mais ils ont aussi pour résultat — non moins heureux — d'apprendre à des hommes et à des peuples, qui trop souvent s'ignorent, à

se connaître, à s'estimer et à s'aimer, en sorte que des manifestations de cette nature servent deux fois la cause de la civilisation.

Je n'ai point la prétention de disserter avec vous sur les problèmes qui sont à l'ordre du jour de votre Congrès, car je suis un profane au milieu de vous.

Je n'ignore cependant pas — car c'est l'évidence même — à quel point l'avenir de l'humanité est lié au progrès de la médecine. Je n'ai pas oublié non plus le vieil adage latin — « mens sana in corpore sano » — qui proclame l'union des fonctions du corps et de l'esprit et qui affirme la solidarité étroite existant entre tous les compartiments de l'art médical.

C'est pourquoi je suis venu honorer par ma présence à cette réunion tous ceux qui se sont donnés pour mission de secourir les souffrances humaines et qui peuvent aussi faire beaucoup pour la santé morale de leurs compatriotes.

Il existe, en effet, de par le vaste monde, autre chose que des malades, au sens habituellement donné à ce terme, autre chose que des déments ou des hystériques dont vous vous appliquez à atténuer ou à guérir les crises ; il y a, aujourd'hui comme hier, bien des nerfs à calmer ; il règne encore ce mal terrible que Pascal qualifiait justement de « précipitation de pensées qui se portent toutes d'un côté », mal qui s'appelle la passion, la fâcheuse passion qui, en tant de circonstances, en gestes comme en paroles, paralyse les meilleures natures et qui pousse tant d'honnêtes gens à se lancer mutuellement l'anathème et à se traiter en ennemis !

Cette nocive disposition d'esprit est, elle aussi, votre justiciable ! Vous le savez mieux que moi et certainement vous ne laissez pas échapper les occasions de la combattre et d'enseigner la modération, la circonspection, la bienveillance, en un mot la sociabilité qui devrait être la première vertu des nations civilisées.

Ces réflexions — par lesquelles je termine — ont pour but de souligner votre mission scientifique, éducative et sociale ; elles ne peuvent étonner personne, j'imagine, dans la bouche du représentant d'un Gouvernement si attaché aux œuvres de concorde et de paix ; j'ajoute qu'elles n'entendent nullement prêcher des convaincus, mais simplement rendre un public et solennel hommage à tout le corps médical en lui prouvant que je n'ignore ni la complexité de sa tâche, ni la noblesse de son rôle.

C'est dans ce sentiment que je déclare ouvert le 31e Congrès International des Médecins aliénistes et neurologistes et que je forme des vœux pour le succès de vos travaux.

Dr OLIVIER, maire de Blois :

MONSIEUR LE PRÉFET,
MONSIEUR LE PRÉSIDENT DU CONGRÈS,

C'est pour moi un périlleux honneur, une mission singulièrement délicate que d'accueillir ici — dans cette demeure historique, rare exemplaire d'archéologie en qui se résument avec tant d'éclat les phases d'un des plus merveilleux efforts artistiques de l'homme — et où se déroulèrent les fastes de la monarchie, les représentants les plus autorisés de la science neuro-psychiatrique des pays de langue française aussi bien que des nations qui, à un degré quelconque, s'apparentent à nous.

C'est pour moi encore un sentiment de satisfaction très élevé que de vous recevoir dans notre petite cité souriante, gracieuse, prenante en sa vétusté, riche d'évocations, mollement couchée sur les rives de notre Loire paresseuse, baignée d'une atmosphère apaisante, dans un paysage de charme enveloppant et discret.

En ma double qualité de Secrétaire général du Congrès et de Maire de Blois, Mesdames, Messieurs, vous tous qui avez daigné nous honorer de votre visite, soyez les bienvenus parmi nous.

Etrange destin qui m'échoit à moi méditerranéen, né sous un ciel romain, au milieu des pierres millénaires où s'inscrit à chaque pas l'empreinte indélébile d'Auguste et d'Adrien, bercé au rythme des cigales et sous le verbe ailé de Mistral, dans un pays de contraste, de mouvement, de passions ardentes et de couleurs éclatantes, c'est à moi qu'il appartient de vous offrir l'hospitalité ici, dans cette terre de mesure, de sagesse, de nuance et de douceur où viennent fusionner, comme en un creuset, la diversité infinie des vertus françaises ; terre de labeur persévérant, de prévoyance, de bonne humeur, de grâce, de gaieté et de sérénité : Touraine, jardin embaumé de la France.

C'est là, dans cette atmosphère bienveillante, que n'ont troublé ni les grandes invasions, ni les grandes secousses où

la langue de Charles d'Orléans, de Rabelais, de Ronsard, de Paul-Louis Courrier, a pu garder la pureté de sa forme, de sa saveur, de ses inflexions, de sa tonalité harmonieuse. C'est là, dans ce cadre où la magie du rêve n'interdit point le sens aigu des réalités, que le goût de l'indépendance et de la liberté survit tenace en l'âme et dans le cœur de nos populations. Nous vous souhaitons de conserver de votre rapide séjour au milieu de nous la vision durable de nos joyaux somptueux, de nos vieilles rues moyenâgeuses, de nos forêts imposantes et de nos jardins parfumés.

En vous remerciant du fond du cœur d'avoir choisi pour siège de votre 31e session la ville de Blois, j'ai le désir de rappeler d'ailleurs que c'est pour nous et pour vous une date anniversaire mémorable. En effet, c'est Blois qui a été, pour ainsi dire, le berceau de vos premiers débuts, puisque la 2e session du Congrès des aliénistes et neurologistes s'était tenue en 1892 dans notre ville et que ce congrès avait pu grouper déjà plus de 80 adhérents. Mon ancien et regretté maître Doutrebente, dont les aînés savent toute l'activité féconde, en avait été l'animateur et l'organisateur. Je lui adresse, au passage, ainsi qu'aux autres initiateurs de la première heure, l'hommage de mon pieux souvenir. Mais je remplirais incomplètement ma tâche, si je n'évoquais, en cette circonstance solennelle, une figure éminente entre toutes, celle du docteur Lunier, ancien interne des Hôpitaux de Paris, dont les recherches cliniques, de concert avec une pléiade de psychiatres attentifs, ont marqué, vers le milieu du siècle dernier, une étape dans l'évolution de la psychiatrie française. Or, Lunier ne s'était pas contenté de consacrer son intelligence à l'élucidation des problèmes de psychologie morbide, il avait pris encore une part active — au lendemain de la loi de 1838 — à l'organisation des asiles d'aliénés, Lunier a été un des premiers directeurs de l'Asile d'aliénés de Blois, et il eût le rare mérite, vers 1863, en dépit d'oppositions officielles, de créer le Pensionnat de la Villa Lunier, avant de devenir, comme suprême couronnement, inspecteur général. Oncle de Doutrebente, neveu du maître célèbre Baillarger, ils représentent tous trois, trilogie familiale tourangelle, les divers aspects que la psychiatrie française a revêtu dans son développement au cours d'un siècle.

Ce tribut de reconnaissance, vous m'accorderez que nul moment n'était mieux choisi — pour l'affirmer — qu'à l'ouverture de ce Congrès.

Rendre hommage à l'œuvre des maîtres disparus, c'est mesurer à la fois l'importance des résultats déjà acquis et prendre la confiance nécessaire pour parcourir encore le long chemin pénible qui monte devant nous, car il n'y a pas pour la science de route royale.

Mesdames, Messieurs, au nom de la ville de Blois, permettez-moi de vous témoigner toute ma gratitude d'être venus si nombreux dans nos assises scientifiques. Je salue avec déférence les médecins des différentes nations qui ont bien voulu se joindre aux maîtres français — pour travailler dans la paix — à l'œuvre lente et laborieuse, de l'édification scientifique. Je souhaite que vos travaux et vos discussions projettent sur ces problèmes passionnants de la neurologie et de la psychiatrie, des lumières nouvelles et qu'ainsi, faisant des possibilités thérapeutiques nouvelles, apportent peu à peu à l'humanité des soulagements efficaces.

Je salue aussi affectueusement M. le Professeur Raviart, notre sympathique président du Congrès, dont la science éclairée n'a d'égale que la richesse du cœur. Je suis assuré que, sous sa présidence, notre Congrès poursuivra sa destinée de la façon la plus heureuse.

Je remercie enfin toutes les personnalités et toutes les autorités qui, à des titres divers, ont bien voulu nous prêter leur précieux concours, et en particulier, il convient, qu'en terminant, je rende pleinement hommage à M. Martin, Préfet de Loir-et-Cher et représentant du gouvernement de la République, dont la présence parmi nous atteste assez l'intérêt que portent à vos travaux les plus hautes autorités de la France.

M. le D[r] G. Dequidt, 11, rue Cambacérès, Inspecteur général:

Comme représentant du Ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, et au nom de tous les délégués officiels des ministères de l'Instruction publique, de la Guerre, de la Marine et des Colonies, ainsi que du département de la Seine, M. le D[r] G. Dequidt apporte au Congrès le salut de l'Administration sanitaire française.

Il rappelle, qu'au cours des cérémonies qui se sont déroulées cette année même en l'honneur de Vulpian et de Pinel, le gouvernement français, et notamment le ministre de l'hygiène, a rendu à la science psychiatrique l'hommage de son admiration.

M. Fallières, ajoute-t-il, eut été heureux de renouveler

l'expression de cet hommage devant les personnalités éminentes des différents pays étrangers, qui sont venues nombreuses apporter à ce Congrès l'éclat de leur présence et de leur précieuse collaboration.

En l'absence du Ministre, dont après M. le Préfet, il renouvelle les excuses, M. Dequidt, délégué au Congrès comme Inspecteur général, suivant une tradition dont il se félicite d'être pour la troisième fois l'heureux bénéficiaire, s'associe à l'hommage rendu par M. Olivier, à son illustre collègue, l'Inspecteur général Lunier, et marque combien il est sensible à l'honneur de représenter à ce Congrès, l'Administration de l'assistance psychiatrique dont « vous êtes, dit-il, — s'adressant aux médecins aliénistes, — dans votre tâche quotidienne, les collaborateurs assidus et qui peut, grâce à votre concours, avec des méthodes de plus en plus perfectionnées et une technique de plus en plus sûre, poursuivre à l'égard des malades, les plus dignes d'intérêt, l'œuvre de protection sanitaire qui est sa raison d'être.

« Vos Congrès, ajoute-t-il, jalonnent les progrès de cette technique et il serait intéressant de dresser le tableau des améliorations obtenues depuis le premier d'entre eux, c'est-à-dire depuis 35 ans, non seulement dans la thérapeutique médicamenteuse, mais dans l'installation matérielle de vos services, leur outillage, l'aménagement des locaux, c'est-à-dire l'hygiène hospitalière, dont je sais qu'elle tend à se placer au premier plan de vos préoccupations. »

M. Dequidt souligne ensuite la parfaite ordonnance de ce 31[e] Congrès, qui marque une fois de plus l'empreinte de ce parfait organisateur qu'est le docteur René Charpentier, Secrétaire général permanent, et il rend un hommage public à l'activité et à la science de M. le Professeur Raviart, président du Congrès, à la bonne grâce accueillante du Secrétaire général, le Docteur Olivier qui, « fait unique dans les *Annales des Congrès de psychiatrie*, réunit en sa personne la double qualité d'aliéniste-directeur d'un important établissement que nous allons visiter, et de Maire d'une belle Cité, qui nous accorde une si cordiale hospitalité. »

Il s'associe ensuite à M. le Préfet et à M. le Maire pour remercier « tous ceux qui ont collaboré, de près ou de loin, à l'organisation de ce Congrès, ainsi que toutes les personnalités de la région qui lui ont apporté l'éclat de leur adhésion ou l'autorité de leur nom ».

Enfin, pour terminer, le Docteur Dequidt rappelant qu'il a été admis comme membre de l'Association des médecins aliénistes, demande à joindre ses vœux personnels aux encouragements et aux vœux officiels qu'il est chargé d'apporter au 31e Congrès des médecins aliénistes et neurologistes.

M. le Docteur Glorieux (Bruxelles) :

Monsieur le Président,
Mesdames, Messieurs,

J'apporte au 31e Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des Pays de langue française, le salut et les vœux du gouvernement Belge.

Hier encore, à l'occasion de l'édification du Mémorial à un soldat Inconnu français tombé sur le sol belge pour la défense du droit et de la liberté, les drapeaux belges et français mariaient leurs chatoyantes couleurs dans les rues de Bruxelles et le peuple de la capitale et l'âme belge toute entière faisaient d'interminables ovations au Chef du Gouvernement français et aux Généraux de la Grande Guerre.

Cet émouvant hommage et cet accueil si chaleureux ont sanctionné, une fois de plus, l'indestructible amitié et l'étroite solidarité qui unit la Belgique à la France.

La réunion d'aujourd'hui est une réunion toute pacifique : son objectif est de combattre, avec les armes de la science, l'armée du mal, la grande armée des souffrances et des misères humaines.

Ce Congrès nous fournit l'occasion de reprendre contact avec les Maîtres vénérés de l'Ecole française, avec leurs Elèves, devenus également des Maîtres. Par leurs remarquables travaux, tous s'efforcent de projeter un rayon lumineux dans les sentiers tortueux et souvent obscurs de la neuro-psychiatrie.

Cette réunion enfin, et pourquoi ne le dirais-je, cette réunion nous permet de fraterniser, pendant quelques jours, avec nos confrères de langue française qui tous sont devenus nos amis.

Je manquerais à tous mes devoirs si j'oubliais d'adresser mes remerciements et mes félicitations aux organisateurs de ce Congrès. Avec une fine intuition psychologique, ils ont choisi pour tenir ces assises intellectuelles, la ville de Blois, qu'illumine le ciel bleu de la Touraine, et que baigne la Reine

des fleuves, l'incomparable Loire, bordée de coteaux tapissés de vignobles si justement renommés ; enfin, c'est dans cet admirable château royal de Blois, symbôle des fastes glorieux de l'histoire de France, qu'auront lieu nos séances !

Les organisateurs ont estimé avec raison que les travaux exécutés dans un cadre aussi enchanteur, pour être plus agréables, n'en seraient que plus fructueux.

M. le Docteur Donald Ross, délégué de la Grande-Bretagne:

Monsieur le Préfet,
Monsieur le Président,
Mesdames, Messieurs,

J'ai l'honneur de vous apporter les salutations très respectueuses de mes Collègues, les psychiatres et les neurologistes de la Grande-Bretagne.

Je suis chargé surtout de vous exprimer les sentiments d'amitié les plus chaleureux et dévoués de la part des Membres de la « Royal Medico-psychological Association » (c'est-à-dire de la Société Médico-psychologique de la Grande-Bretagne).

Quant à moi, je ne saurais jamais exprimer combien je me réjouis, combien je suis heureux de toute occasion de revenir dans la belle France et je désire vous remercier de tout mon cœur de l'accueil si cordial et hospitalier que vous m'accordez toujours.

M. le Docteur Sylvio Caron, délégué de la Province de Québec :

Monsieur le Préfet,
Monsieur le Président,
Mesdames, Messieurs,

Il est très heureux qu'un petit coin de terre du Canada, nommé Québec, soit invité à ce 31e Congrès neuro-psychiatrique de langue française. Ce jeune Québec, qui, à plusieurs occasions, a prouvé d'une manière tangible son éternelle pensée française en venant à des congrès antérieurs et en envoyant ses jeunes médecins étudier auprès des maîtres que nous lisions sans connaître, ce jeune Québec, dis-je, veut encore

cette année, déléguer deux des siens pour vous remercier de votre délicate attention et vous prouver objectivement un attachement et une admiration dont nous ne nous sommes à nul instant départis.

Notre éternelle pensée française, la province de Québec la veut encore plus vivace, plus active, en maintenant chez nous des psychiatres français qui nous donnent l'illusion d'être journellement avec vous. Ainsi, nous sommes voués à mieux nous comprendre et à mieux nous juger. Je vous apporte donc le salut filial de ma province et l'assurance de sa profonde admiration.

M. le Docteur Mira (Espagne) :

Monsieur le Préfet,
Monsieur le Président,
Mesdames,
Messieurs,

Permettez-moi de vous apporter, au nom de mes collègues de l'Association Espagnole de neuro-psychiatres, les vœux les plus fervents pour le succès scientifique et social, de votre réunion.

Vous n'ignorez pas avec quel intérêt et quelle sympathie nous tâchons d'assimiler vos travaux. Chaque année, plusieurs neuro-psychiatres espagnols viennent à vos Congrès et tirent de son contact avec vous l'énergie et l'optimisme nécessaires pour rehausser le prestige de la science psychiatrique dans notre pays.

Je dirai même que, grâce à votre exemple et à votre appui moral, nous sommes proches, à conquérir pour elle, chez nous, tous les droits qu'elle mérite. C'est donc notre devoir que de vous exprimer à ce moment le témoignage de toute notre reconnaissance et de notre admiration les plus sincères.

M. le Docteur van der Scheer, Santpoort (Hollande) :

C'est la quatrième fois que j'ai l'honneur de représenter à ce Congrès, la Société Néerlandaise de Psychiatrie et de Neurologie. L'aimable invitation nous parvenant de votre éminent secrétaire permanent, le Dr René Charpentier, de nous faire représenter officiellement, a été reçue par nous avec grande

joie et spécialement par moi, parce que ma Société m'a de nouveau désigné comme délégué.

La réunion à Bruxelles où le Professeur Ley a organisé le Congrès d'une manière merveilleuse, la session à Paris où nous avons célébré le centenaire de Charcot, l'accueil chaleureux à Genève et Lausanne où le distingué Secrétaire général, le Dr Repond, nous a préparé une réception inoubliable et où nous avons été témoin de l'amitié intime entre la Suisse et la France, nous ont laissé des souvenirs vivants et bien agréables. Nous avons senti que ces Congrès français ne rendent pas seulement hommage à la science psychiatrique et neurologique française, mais qu'ils ont aussi pour but d'étendre ses investigations vers l'effort scientifique des autres pays et des autres Ecoles.

Je ne peux m'empêcher d'exprimer ma grande joie d'avoir l'honneur de pouvoir assister de nouveau à cette Session.

Nous avons, comme vous le savez, pour la France des sentiments d'admiration et d'amitié, nous avons une haute admiration pour son culte, pour sa science. Soyez convaincu, Monsieur le Président, que la science neuro-psychiatrique hollandaise suit constamment, avec grand intérêt, le développement et le progrès de la neuro-psychiatrie française dans toutes ses branches, aussi bien de caractère social, que de caractère scientifique.

Au nom de la Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie en Neurologie, c'est-à-dire la Société Néerlandaise de Psychiatrie et de Neurologie, je formule des vœux pour le plus grand succès et la parfaite réussite de vos travaux.

M. A. Donaggio (Modène) :

Monsieur le Préfet,
Monsieur le Président,
Mesdames, Messieurs,

Délégué de la « Societá italiana di Neurologia », je présente l'adhésion et l'hommage des neurologistes italiens. Délégué aussi aux précédents Congrès de Bruxelles, de Paris, de Genève, j'ai pu être témoin direct de l'importance toujours plus évidente de ces Congrès, qui répondent avec leur caractère particulier à une nécessité de notre esprit : nous avons, nous, aliénistes et neurologistes, besoin de nous rapprocher, de

rapprocher la neurologie et la psychiatrie pour arriver, si c'est possible, de l'analyse à la synthèse, pour interroger ensemble le grand et fondamental problème des fonctions nerveuses et mentales.

Messieurs, je ne peux pas oublier que dans ce même château, où les lignes de l'art français se mêlent aux lignes de la Renaissance italienne, dans ce même château où nous sommes réunis, Louis XII conversait un jour avec M. Francesco Pandolfini, ambassadeur de Florence, dans le but de faire venir ici, à Blois, un artiste qui était aussi un savant ; un artiste qui était, entre autre, un anatomiste et un physiologiste du système nerveux ; un Collègue, pour ainsi dire, un grand Collègue : Léonard de Vinci.

Et plus tard, Léonard de Vinci, qui avait projeté — il était aussi ingénieur — de relier par un canal la Loire à la Saône, la Touraine au Lyonnais et de rendre ainsi plus faciles les communications entre la France et l'Italie, devait mourir dans cette région merveilleuse, tout près d'ici, à Amboise : la légende raconte, entre les bras du roi de France.

Je sens le devoir de rappeler les paroles prononcées par M. le Président de la République française en 1912, dans un discours fait à la Sorbonne comme Ministre à l'occasion de la célébration de Léonard de Vinci : « Un homme qui, né sur les pentes du mont Albano, grandi sous le ciel de la divine Florence, vient mourir en Touraine, au milieu du doux jardin de France, comme une fleur de lys rouge qui s'effeuille sur le sol gaulois, c'est là par excellence une figure représentative et symbolique où se trouvent réunis dans le plus gracieux assemblage les traits de deux sœurs latines. »

Avec cette évocation symbolique, je salue, au nom des Collègues italiens, la science française, la grande nation française.

Dr Albert HANSEN, Délégué du Gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg :

MESDAMES, MESSIEURS,

J'ai déjà eu l'honneur de représenter le Grand-Duché de Luxembourg en 1925 à Paris, lors de la 29e session du Congrès de Médecins aliénistes et neurologistes qui m'a laissé de précieux et intéressants souvenirs. Aussi, est-ce avec un vif

plaisir que je reviens comme délégué dans ce beau et sympathique pays de France que de tout temps les Luxembourgeois considèrent comme leur seconde Patrie. C'est donc au nom de tous mes Collègues et compatriotes que je salue l'assemblée d'hommes éminents de cœur et d'esprit qui, par un échange de vues et d'observations, espèrent contribuer au soulagement d'une partie et non la moins intéressante de l'humanité souffrante. Je leur souhaite un plein succès.

Prof. Stanislas WLADYCZKO, Université de Wilno (Pologne) :

C'est au nom du Ministre de l'Instruction Publique de Pologne, de la Société Psychiatrique polonaise, ainsi qu'au nom de l'Université de Wilno, que j'ai l'honneur avec mon Collègue, M. le Dr I. Handelsman, de rendre hommage au Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des Pays de langue française.

Messieurs, la France est victorieuse non seulement sur les champs de bataille, mais aussi dans le domaine de la science pure et appliquée, dans le domaine des Beaux-Arts et dans toutes ses tendances à travers les siècles, tendances si hautes et si sacrées de l'augmentation de la beauté de l'âme humaine, de la force créatrice d'esprit humain et de la culture intellectuelle ; et la France réussit toujours. Elle marche toujours en première ligne à la tête de tous les peuples du monde.

J'apporte à la France l'admiration de mon Pays, je salue vivement ce Congrès scientifique.

Que le résultat de ses travaux soit grand et utile pour le bien de l'humanité souffrante toute entière.

Dr OBREGIA (Bucarest) :

MONSIEUR LE PRÉFET,
MONSIEUR LE PRÉSIDENT,
MESDAMES, MESSIEURS,

C'est avec profonde émotion et reconnaissance que j'adresse les plus vifs remerciements au représentant du Gouvernement pour les éloquentes et nobles paroles qu'il vient de prononcer à l'égard de mon Pays à l'occasion de la douloureuse perte que nous subissons par le tout récent décès du Roi de Roumanie.

Oui, Monsieur le Préfet, comme vous le dites si bien, le Roi Ferdinand Ier a été un grand monarque et, comme tout son peuple, un admirateur et un allié fidèle de la France, et sa loyauté est restée inébranlable même dans les plus terribles souffrances que la Roumanie a dû traverser pendant la grande guerre.

De même qu'au Congrès de Genève, j'ai l'honneur et le bonheur de saluer aussi ce XXXIe Congrès au nom du Ministère de la Santé et Assistance Sociale de Roumanie et de la Société bucarestoise de psychiatrie et neurologie.

Je vous prie d'agréer mes plus sincères remerciements pour le gracieux accueil qui nous a été accordé, et je félicite chaleureusement les organisateurs de ce brillant Congrès dans cette ravissante ville et région de la Touraine.

En signe de profonde admiration et de reconnaissance pour tout ce que la Roumanie doit à la France, je viens renouveler la prière déjà adressée en 1926 au Comité du Congrès, d'inscrire aussi la Ville de Bucarest parmi celles qui sollicitent l'honneur d'abriter l'un de vos prochains Congrès.

Comme le peuple roumain est la seule branche orientale du grand arbre néo-latin, vous auriez l'occasion de voir ce Congrès dans un cadre tout différent, mais tout aussi chaleureux et enthousiaste : celui d'un pays jeune qui travaille aussi dans le domaine neuro-psychiatrique, tout en n'oubliant pas que, dans ce domaine aussi, comme dans les autres, c'est encore la France qui nous a le plus aidé, c'est en Elle que nous reconnaissons le plus brillant porte-flambeau de la noble et lumineuse civilisation latine et c'est du plus profond de notre âme que nous vous saluons : vive la France, vive la langue française !

Allocution du Docteur Boven, au nom des Sociétés Suisses de Psychiatrie et de Neurologie :

Monsieur le Préfet,
Monsieur le Président,
Mesdames, Messieurs,

Les Sociétés Suisses de Psychiatrie et de Neurologie, dont j'ai l'honneur d'être l'intermédiaire, vous apportent hommage et salut. Nous sommes conviés aujourd'hui à une fête de la

Science, dans le jardin de France (c'est Touraine), dont Blois nous ouvre les allées. Les temps ont changé, la paix étend de nouveau ses bienfaits sur toutes les campagnes. On la respire, on en contemple l'image ici mieux qu'ailleurs.

Je voudrais confondre en un seul chant les sentiments que m'inspirent et la terre française et sa Science, et je puis le faire car les liens qui les unissent apparaissent d'eux-mêmes, sans recherche, et frappent les yeux de l'étranger.

J'ai vu, hier, de la fenêtre de mon wagon, le beau pays où les blés ondulent à perte de vue. La majesté de la nature réside dans un ciel qu'aucune montagne ne barre ni ne brave et dans la terre qui n'est que plaine. Mais les mystérieux raccourcis d'une perspective qui n'est pas familière aux Suisses réalisent un gai miracle. Sur l'espace uni, que restreint l'horizon bas, ils déploient la nappe molle et souple de l'étendue. Ils resserrent sans violence et comme sans effort, jusqu'à l'horizon proche, la largeur des champs innombrables, des bois et des villages dont les plans doucement pressés par leur magie tiennent enfin dans la ténuité d'une ligne claire ou foncée.

Ici la nature est sobre, fine et précise ; son spectacle engendre ces mêmes dons dans les yeux, dans l'esprit de celui qui les contemple.

Voilà, me semble-t-il, le secret, l'un des secrets de l'âme de la Touraine, génératrice avec l'Ile-de-France, d'une des plus belles formules d'art qui soient, en architecture, âme sœur de la Grèce à laquelle elle ressemble, comme elle sobre, précise et claire.

Et comment, pèlerins psychiatres que nous sommes, ne pas chanter la beauté d'un pays où les âmes s'imprègnent, même en passant, des qualités qui les font fortes et saines.

Honneur à Blois, honneur à la Touraine !

Professeur Rossi, de Montevideo (Uruguay) :

Monsieur le Préfet,
Monsieur le Président du Congrès,
Mesdames et Messieurs,

C'est la première fois que, par une heureuse coïncidence et le bienveillant accueil des organisateurs de ce Congrès, mon lointain et cher petit pays l'Uruguay peut être présent dans

cette importante assemblée d'hommes de science française et des pays de langue française. Cet événement, je le remarque avec plaisir et gratitude.

Nous sommes en quelque sorte les fils spirituels de la France dont les idées et la culture ont été les meilleures sources de notre civilisation naissante. C'est pourquoi la Société de psychiatrie de Montevideo, à l'occasion de mon voyage en Europe, a voulu me charger de la représenter dans ce prestigieux Congrès des Aliénistes de langue française, cette merveilleuse et harmonieuse langue française qui, sans oublier jamais le vieux dicton qui proclame que la science n'a pas de patrie exclusive, sait toujours donner à l'évolution universelle des idées d'ampleur, l'esprit de synthèse et cette merveilleuse, presque miraculeuse clarté qui sont les traits traditionnels du génie français.

Ce Congrès, où se renouvelleront les efforts de tant de combattants d'élite en l'éternelle lutte de l'espèce humaine contre la Douleur et la Mort, sera un nouveau motif et un nouveau stimulant de progrès pour la psychiatrie contemporaine, qui étant sortie définitivement des bras stériles de la métaphysique qui l'ont endormie tant de siècles, réclame chaque jour plus impérieusement la protection de sa vraie mère la Médecine, pour aller vers l'avenir, à côté de ses sœurs, toutes les branches de la Pathologie générale. Cette voie actuelle, la psychiatrie l'a conquise avec trop de peine pour l'abandonner et ne l'abandonnera plus, ce qui ne signifie pas absolument que les aliénistes devront dédaigner la psychologie, cette science troublante et énigmatique, sinon qu'elle aura désormais ses armes légitimes pour pénétrer et explorer tous les mystères de son domaine, sans exclure même le normal, c'est-à-dire la propre psychologie.

A cet avenir, j'adresse mes meilleurs vœux, très heureux et très touché de la délicate attention des dirigeants de cette séance me permettant de le faire dans si noble assemblée.

Prirent également la parole à cette cérémonie le Professeur Botelho du Brésil, le Professeur Wimmer, de Copenhague. Au nom de leurs pays, ils rendirent en termes élevés un hommage solennel et ému à la France et à la science psychiatrique française.

M. le Professeur Georges Raviart, Professeur de Clinique psychiatrique à la Faculté de médecine de Lille, président de la 31e session :

La Notion de Responsabilité dans la pratique médico-légale

Usant du rare privilège qu'il tient de vos suffrages indulgents, votre Président voudrait, croyant venu le moment de le faire, vous entretenir de la notion de responsabilité. Comme ce sujet épineux intéresse tous ceux qui pensent et qui, à des titres divers, jouent un rôle important dans la société, je voudrais de cette tribune m'adresser à eux et en particulier à ceux qui trop souvent nous considèrent avec une curieuse ironie. Dès lors, quelques déclarations préalables me semblent nécessaires.

Les uns en effet s'exposent, simplement pour intéresser leurs lecteurs, à jeter le discrédit sur notre corporation.

D'autres, dont nous sommes cependant les collaborateurs déférents, ne nous confient pas toujours sans hésitation des recherches pourtant exclusivement de notre domaine, ils se méfient de notre prétendue déformation professionnelle et cherchent parfois, à côté, des lumières qu'ils ne peuvent logiquement trouver, au plus grand détriment de l'administration de la Justice.

Il en est aussi autour de nous, dans le corps médical même, qui ne nous connaissent pas. Ayant suivi d'autres chemins, ils ne parlent plus notre langage et croient pouvoir nous plaindre de nous être égarés dans notre propre domaine.

Les uns et les autres sont des hommes de bonne volonté dont il serait injuste de méconnaître le rôle et la valeur professionnelle, ils sont les bons ouvriers de l'œuvre sociale, c'est justement pourquoi, au lieu d'accueillir avec un sourire amer leurs films, leurs jugements ou leurs articles, convient-il de leur tendre la main en disant qu'ils nous connaissent mal et en leur faisant savoir ce que nous sommes et ce que nous voudrions être.

Nous ne sommes pas fous, Messieurs de la Presse. Nous avons beau pendant la plus grande partie de notre existence

vivre au contact des infortunés psychopathes, ils ne nous contaminent pas. Bien plus, nous ne sommes même pas victimes d'une déformation professionnelle dont beaucoup se défient.

Croyant se connaître, l'homme s'imagine aisément connaître son prochain. Comme Elias Regnault, avocat à la Cour Royale de Paris, refusant aux médecins, en 1828, « l'intervention spéciale à laquelle ils prétendent dans les questions de folie », nombre d'« honnêtes gens » pensent que le « simple bon sens » y suffit, et on saisit fort bien le mécanisme psychologique qui préside à la méfiance qu'ils montrent à notre égard.

Aussi, lorsque nous essayons d'analyser les complexes morbides qui ont déterminé les actions humaines moins simples qu'elles ne paraissent à leurs juges, on sourit malicieusement et on ne tient pas compte de nos avis.

Combien faudra-t-il de temps encore pour faire admettre du public, même éclairé, la morbidité des pseudo-lucides, de ces sujets au comportement habituel normal, à la mémoire parfaite, dont le jugement s'exerce « à côté », sous l'influence d'une affectivité perturbée et qui, du fait même des apparences, sont susceptibles de devenir extrêmement dangereux ?

Et n'est-il pas encore nombre de bons esprits, étrangers aux notions relatives à certaines psychopathies constitutionnelles, à ces états maniaques dont ils voient bien l'hypermnésie, la richesse d'idées, la facilité du verbe brillant et parfois sarcastique, mais qui n'en saisissent pas le caractère pathologique et sont dès lors peu éloignés de trouver plus d'esprit au malade qu'à celui qui l'examine ! Et vous insistez alors pour que le malade sorte, Monsieur le Procureur.

Vous insistez encore pour qu'on remette en liberté ce paralytique général au début dont les signes d'affaiblissement intellectuel, cependant évidents, ne vous ont pas frappé, dont les signes physiques ne sont pas du domaine de votre connaissance ; vous obtenez du tribunal sa mise en liberté..... mais quelques semaines plus tard des faits définitifs obligent à des mesures d'urgence, et à un internement qui ne prendra fin que par la mort !

Messieurs les journalistes, les processifs revendicateurs, les interprétateurs sont par vous sacrés sains d'esprit, vous criez à la séquestration arbitraire et vous menez campagne.

En connaissez-vous qui soient restés ainsi privés d'une liberté dont ils pouvaient user sans inconvénients ?

Lisez plutôt vos journaux et dénombrez les victimes des aliénés : Des familles entières sont abattues, une école saute, de nombreux enfants sont tués, parents et enfants sont carbonisés dans la maison incendiée ; c'est à un véritable massacre qu'on assiste journellement.

Au lieu de paralyser la prophylaxie mentale dont le rôle bienfaisant diminuera singulièrement ces hécatombes, au lieu d'intimider le praticien soucieux de vos sarcasmes, propagez les notions de psychiatrie élémentaire, préparez le public à la nécessité d'un placement précoce et partant bienfaisant des aliénés. Mais, direz-vous, nos colonnes vous sont ouvertes, ceux d'entre vous qui ont quelque peu le goût du journalisme en usent libéralement. Cela est bien vrai, Monsieur le Rédacteur en Chef, mais pourquoi la veille ou le lendemain terminez-vous votre article en rappelant comme une vérité première que les aliénistes après avoir vu beaucoup d'aliénés le sont forcément eux-mêmes ?

Quel sort singulier nous est réservé ! Alors que chez les autres une longue expérience porte des fruits dont on loue la saveur, notre expérience ne sert qu'à nous diminuer à vos yeux ! Messieurs, nous vous en prions, n'appelez pas chez nous déformation ce que vous qualifiez ailleurs de valeur professionnelle.

Nos collaborateurs ne sont pas malades non plus : J'ai connu des religieuses qui avaient passé près d'un demi-siècle au contact journalier des aliénés, il en était résulté, non pas une diminution de leurs facultés, mais une expérience dont j'étais heureux de profiter.

Et j'ai actuellement parmi mon personnel laïque des femmes et des hommes dont vingt années de ce même contact n'ont altéré ni la bonne humeur, ni le jugement, ni la sensibilité.

Pas plus que nous, ce personnel si dévoué et dont vous ne parlez pas assez souvent, dont vous ne louez pas suffisamment le mérite, n'est mentalement atteint. Sans bruit, sans éclat et non toujours sans danger, il veille au même titre que d'autres sur la sécurité publique.

Il ne doit pas être confondu avec ceux qui, égarés dans la profession, s'en montrent indignes par des violences non toujours sans excuse.

Il a besoin d'être réconforté et même réhabilité.

J'avais, n'est-il pas vrai, mission de le dire.

Si pour les uns nous voyons des fous partout, il arrive que pour d'autres, au contraire, nous nous refusons à voir l'aliénation mentale là où elle se trouve manifestement. Singulier reproche que nous ne nous attendions pas à voir adresser à des aliénistes. A la vérité, cela tient simplement à ce que ceux qui pensent ainsi ne se sont pas placés sur le même terrain que nous et qu'ils confondent psycho-pathologie et médecine légale psychiatrique. Et ici encore il importe de nous expliquer.

Quand la Justice nous fait l'honneur de nous confier une expertise, elle ne nous demande pas ce que nous pensons du libre arbitre, le regretté Vallon l'a écrit, je crois, et la notion de responsabilité qu'elle introduit dans la mission dont elle nous investit a une signification bien particulière, c'est d'une responsabilité..... pénale qu'il s'agit, exclusive de toute conception métaphysique.

La Justice nous demande si dans l'état actuel de la psychiatrie médico-légale, l'auteur d'un crime ou d'un délit doit être considéré comme un malade dont l'état morbide est tel qu'il relève de l'asile d'aliénés. En outre, soucieuse d'être complètement informée, elle nous invite à faire l'inventaire complet des tares individuelles ou ancestrales et elle nous demande si elles sont de nature à atténuer la responsabilité du sujet, sa *responsabilité pénale* s'entend.

Et c'est ici qu'est le point litigieux.

Aussi bien que quiconque, nous admettons que l'assassinat de sa bru n'est pas un geste naturel pour une belle-mère. Il faut, pour qu'il se produise, un concours de circonstances dans lequel intervient notamment un caractère tout au moins particulier de celle qui va frapper. Un caractère morbide ? Si l'on veut, mais morbide au même titre que celui constaté chez ceux qui tuent pour un mobile *passionnel*. Et cette morbidité qui appartient au domaine du psychiatre comme tous les états psycho-pathologiques, si bénins soient-ils, n'échappe pas au médecin légiste qui cependant ne la retient pas dans les cadres de la *démence médico-légale*. C'est que cette dernière est une chose pragmatique, limitée dans le temps où nous vivons par ce qui est « punissable » dans l'intérêt de la société.

On a demandé l'asile pour une femme qu'on nous montre depuis, menant en prison une vie exemplaire, servant d'auxiliaire au personnel. Mais au nom de quoi l'y conserverait-on dans cet asile où aux termes de la loi cessent d'être retenus ceux qui ne présentent pas de symptômes d'aliénation men-

tale ? Quels signes de ce genre a-t-elle présentés, cette hypocondriaque, cette névropathe autoritaire, mais non paranoïaque, et de laquelle il n'y a plus à redouter de réactions anti-sociales ? L'état passionnel qui a pu la conduire au crime doit être apprécié par le jury avec l'indulgence que comporte l'examen de tout acte humain, mais aussi en tenant compte des nécessités de la vie en société, il n'a rien à voir avec la démence médico-légale.

Mais je m'en voudrais d'insister davantage. J'ai voulu montrer quels étaient les devoirs du médecin expert plus soucieux de protection sociale que de dissertations psychopathologiques. Laissez-moi regretter que les critiques auxquelles j'ai fait allusion aient été l'occasion de jugements trop sévères portés sur la science, sur certains savants disparus et sur la psychiatrie elle-même. C'est du reste le seul motif qui m'ait incité à vous en entretenir et à rassurer ceux qui nous font l'honneur de nous demander notre collaboration.

Il ne faut pas, alors qu'il n'en est rien, nous laisser représenter oublieux des réalités, perdus dans nos classifications, égarés dans l'analyse psychologique et la dissection du psychisme. Si, impressionnés par la fragilité de la personnalité humaine, nous sommes désireux de voir la justice en tenir compte, nous cherchons cependant avant tout à apporter à la société les solutions pratiques qu'elle est en droit d'attendre de nous.

Et je voudrais insister sur ces points en montrant comment nous savons concilier notre attitude de médecins experts avec la notion que nous avons de la responsabilité humaine à l'état normal comme à l'état pathologique.

La « responsabilité »

Traiter de responsabilité est toujours délicat, cependant si on précise avec Grasset qu'on se tiendra dans le domaine de la physique, on le fera avec moins de danger.

Nous ne parlerons pas de libre arbitre, sujet d'ordre métaphysique. Nous ne chercherons pas à pénétrer dans ce domaine obscur pour les hommes de science et que seuls illuminent les rayons de la foi et les hypothèses des philosophes. Et ainsi libérés nous n'en serons que plus à l'aise pour dire ce qu'on

peut penser de la responsabilité humaine telle qu'elle nous apparaît alors.....

Pauvre de nous ! A l'état normal, sans cesse influencés par les facteurs extérieurs, dépendant d'un organisme complexe, véritable fédération d'appareils digestif et circulatoire, de systèmes nerveux aux centres superposés, à l'automatisme envahissant, de petits laboratoires : glandes à sécrétion interne, aux élaborations et aux interréactions mystérieuses, nous tombons dans toute la série des péchés capitaux, sans que nous puissions bien voir comme nous pourrions éviter les conséquences d'une endocrinie hyperactive dont la luxure pourra être le fruit, ou au contraire celles d'une insuffisance thyroïdienne, dont la paresse sera l'expression.

L'organisme crie-t-il sa faim, peu importe le reste. Ventre affamé n'a point d'oreilles... ni de cœur.

La pauvre Colombine de Banville qui s'empresse en vain autour de son Pierrot affamé et grognon n'obtiendra de sourire que lorsque le pantin rassasié pourra s'occuper d'elle. Combien Banville en sa délicieuse piécette s'est montré psychologue !

Et nous connaissons tous ces constitutionnels : irritables, excités ou déprimés, optimistes ou pessimistes, altruistes, zoophiles, prodigues, avares, envieux, jaloux, gourmands, et qui le sont parce qu'ils ont plus de ceci ou pas assez de cela.

Que dire de leur responsabilité... physiologique ? Nous savons depuis toujours combien le moral est étroitement uni au physique. Mais au fur et à mesure des acquisitions physiologiques nous le constatons bien davantage.

Ah ! je sais bien qu'il y a grande imprudence à venir dire tout cela, car on ne manquera pas demain de proclamer en un billet, spirituel comme toujours, que nous sommes entrés enfin dans la voie des aveux, englobant dans le domaine psychiatrique tout ce que nous avions hésité à y incorporer jusqu'ici. « Tous fous, écrira-t-on, nous l'avions toujours dit ! » Aisément vous pouvez deviner la suite.

Et que ne dira-t-on pas lorsque, regardant maintenant ce que devient la responsabilité dans les états pathologiques, nous cherchons en vain ce qu'il en reste.

Laissant de côté les infirmités psychiques profondes : idiotie et imbécillité, où il n'y a de doute pour personne sur l'irresponsabilité des individus, nous voyons les constitutions s'accuser en des formes morbides qu'il suffit de mentionner : les scrupuleux ou les phobiques simples sont devenus des

obsédés plus ou moins impulsifs, les irritables voient l'attaque convulsive révéler la nature épileptique de leur mal, les excités sont maintenant des maniaques, les déprimés des mélancoliques, les petits paranoïaques se sont mués en délirants interprétateurs ou revendicateurs, et les imaginatifs ont édifié des constructions auxquelles il n'est plus possible de croire. D'autres délirants sont en même temps hallucinés. Les confus alcooliques ou non au psychisme obscurci et les déments enfin dont les cellules nerveuses détruites ne peuvent plus élaborer la pensée terminent la série de ces types morbides au sujet desquels on ne discute pas.

Restent tous ces sujets dont les actes sont en rapport avec les états passionnels, les perversions instinctives, la folie morale.

L'amour et la haine morbides qui mènent au crime empruntent les chemins de l'idée fixe, de l'obsession et de l'impulsion, tracés sur un terrain toujours dégénératif.

Quant aux instincts pervers, facteurs de délinquance et de criminalité, ne sont-ils pas innés le plus souvent ? Que dire de tel de mes expertisés assassin épileptique, fils incestueux d'un grand-père alcoolique et d'une mère prostituée à 9 ans, ou de tous ces autres conçus dans l'ivresse ou dans la morbidité et sur lesquels pèsent les antécédents héréditaires les plus chargés ?

Autrefois, on pouvait encore penser, lorsque par ignorance on n'en pouvait déceler la cause, que certains pervers l'étaient du fait... de leur perversité !!! Dupré, en 1912, dans son très beau rapport au Congrès de Tunis, avait déjà signalé que les perversions instinctives pouvaient être acquises et « apparaître sans autres troubles psychiques bien marqués, à la suite de traumatismes craniens, même sans fracture, ou d'affections cérébrales variées, aiguës ou subaiguës » et voici que l'encéphalite épidémique qui nous a causé tant de surprises dans le domaine neurologique où elle a résolu nombre d'énigmes vient à son tour créer de toutes pièces les troubles du sens moral chez des sujets jusque-là normaux. Une violente réaction fébrile due à une première vaccination antivariolique tardive a été vue par moi produisant les mêmes symptômes, des traumatismes craniens sont maintenant signalés comme réalisant les mêmes effets.

Dès lors, quand pourrons-nous dire que tel délinquant pervers ne l'est que du fait... de sa perversité !!! et ne vaudra-t-il

pas mieux, lorsqu'une étiologie héréditaire ou acquise ne pourra être mise en évidence, en accuser notre ignorance personnelle ou l'insuffisance de nos connaissances scientifiques ?

Et pouvons-nous encore parler à la légère de responsabilité... physiologique ? L'homme délinquant ou criminel normal existe-t-il ?

En quoi, je vous le demande, sommes-nous responsables des maladies de notre ascendance, et peut-on l'être d'avoir été vacciné trop tard, d'avoir contracté l'encéphalite ou d'être tombé sur la tête ?

Vous voyez qu'il est bien imprudent de parler encore de responsabilité et je n'insisterai pas davantage, désireux que je suis de voir à présent comment le médecin expert pourra, étant donné ces notions, remplir la mission qui lui est confiée. Car faire ressortir l'humaine faiblesse, de tous temps connue plus avérée cependant du fait des progrès scientifiques récents, ne suffit pas et il convient, restant dans le domaine pratique, d'aider la société dans la recherche de l'amélioration individuelle et de la commune protection.

A cette tâche, les aliénistes n'ont jamais failli, cherchant les solutions les meilleures dans l'application de lois qui, pour si bien faites qu'elles soient, ne peuvent suivre le progrès toujours mouvant. Cette adaptation, on le conçoit, n'a pu se faire sans heurter l'accusation, la défense ou le témoin, magistrat, avocat, journaliste, et le médecin expert ne peut guère échapper aux critiques des uns sans provoquer celles des autres.

Qui dira les difficultés médico-légales soulevées par les actes délictueux ou criminels des alcooliques. Il s'agit là d'une intoxication déterminant un état confusionnel plus ou moins accusé avec obscurcissement de toutes les facultés intellectuelles. L'état pathologique est indiscutable et, théoriquement, la question de responsabilité ne devrait pas se poser, d'autant que les excès ont été commis, le plus souvent, du fait de tendances elles-mêmes pathologiques et qu'en fait, la société, armée cependant, n'a pas le courage d'appliquer la loi sur l'ivresse. Pourtant, justement soucieux de protection sociale, l'expert analyse les faits, établit le lien causal avec l'intoxication et conclut, l'alcoolisme simple n'étant pas une excuse légale, que le sujet doit répondre de ses actes à la Justice.

Dans les affaires purement passionnelles, dont le côté morbide ne peut cependant lui échapper, il conclut à la responsabilité pénale, laissant aux magistrats et au jury le soin

d'apprécier dans quelle mesure le délinquant ou le criminel avait été victime des circonstances ou de ses propres sentiments. Affaire de psychologie normale, disons-nous. A la défense d'insister sur ce qui peut atténuer la rigueur des lois.

Quant aux pervers, aux amoraux, aux délinquants déséquilibrés, à tous ceux dont le sens moral est perverti, ou aboli, la notion de leur responsabilité a été sujette à plus de vicissitudes. Au début, c'est sans discussion qu'on abandonnait aux juges le soin de décider de leur sort. Ils n'entraient point dans les cadres de la médecine légale psychiatrique. On n'ignorait pas leurs tares, mais on ne s'y arrêtait pas autrement, déplorant tout au plus, en citant l'Ecclésiaste, la fatalité qui pesait sur eux.

Avec Grasset, on insiste davantage sur ces tares et les déséquilibrés élevés à la dignité de malades changent de camp, deviennent des demi-fous que l'on proclame, en vertu d'une mathématique déplorable, demi-responsables.

Le mot a fait fortune et il n'y aurait eu aucun mal à cela si la pratique médico-légale n'en avait été toute bouleversée par cette notion de la responsabilité atténuée qui, selon la remarque de Gilbert Ballet, pour être profondément humaine n'en était pas moins susceptible d'émousser le glaive de la Justice et de paralyser la protection sociale ; un grand nombre de délinquants dits à « responsabilité atténuée » étant plus dangereux au point de vue social que beaucoup de criminels dits à « responsabilité complète ».

On conçoit que désormais dans toute affaire de correctionnelle ou d'assises, la défense se soit évertuée à insister sur la moindre tare personnelle ou familiale découverte chez l'inculpé.

Et les médecins experts d'inventorier minutieusement ces tares physiques ou psychiques pour aboutir à des demies, des tiers ou des quarts d'atténuation. Selon leurs tendances, ils penchaient tantôt pour, tantôt contre l'irresponsabilité.

Fâcheuses divergences qui ne pouvaient qu'affaiblir notre autorité, car on voyait tel inculpé innocenté par les uns, considéré comme coupable par les autres. Les magistrats inquiets de voir tel délinquant pervers trouvé irresponsable par un premier expert se voyaient parfois contraints, dans l'intérêt de la justice, d'en désigner d'autres à qui il arrivait de conclure différemment.

D'autres fois, c'est à l'audience même que ces contradic-

tions se manifestaient ; par avance la presse annonçait la *bataille d'experts* et sans malveillance du reste, les journalistes prophétisaient que, selon l'habitude, nous ne serions pas d'accord.

C'est pour éviter pareilles contradictions qu'en 1907, Gilbert Ballet, dans son mémorable rapport sur l'Expertise médico-légale et la question de responsabilité, s'élève contre l'emploi de ce mot pour toutes les raisons que nous venons d'invoquer, afin, écrivait-il très justement, de ne pas imprimer une marque infamante à un délinquant qui relève de la médecine et de ne pas protéger insuffisamment la société contre un délinquant redoutable.

Depuis vingt ans, cette question de la folie morale déjà épineuse alors qu'on se résignait dans l'intérêt de la société à ne pas tenir compte des tares ancestrales, de la fatalité qui pesait sur ceux qui en étaient atteints, l'est devenue bien davantage encore.

Les traumatismes crâniens, l'encéphalite, la vaccination antivariolique, que sais-je encore, sont susceptibles, nous l'avons vu, de créer de toutes pièces les perversions instinctives chez des sujets jusque-là normaux.

Dès lors, comment conclure, lorsqu'on se trouvera en présence d'un de ces infortunés, issu de parents honorables, irréprochable lui-même, jusqu'au jour où victime d'un état toxi-infectieux ou d'un traumatisme, il sort du droit chemin. Le déclarer atteint de démence au point de vue médico-légal ? C'est le non-lieu et naturellement l'internement. Mais l'asile n'est pas fait pour eux. Leur contact est pénible aux autres psychopathes et d'ailleurs comme tous les amoraux ils protestent contre leur placement, préférant la prison, « d'où on sort à date fixe » !

De toute nécessité il faut donc conclure autrement et faire pour les pervers acquis ce que la plupart d'entre nous font du reste pour les constitutionnels. Depuis plusieurs années, j'ai pris le parti, après avoir exposé le cas, souligné l'étiologie et énuméré les tares psychiques, d'ajouter qu'*elles sont de celles communément relevées chez les délinquants pervers que la Justice condamne dans un but de protection sociale*, et j'écarte la démence.

Ne pensez-vous pas, mes chers confrères, que si selon nos tendances respectives nous pouvons parfois différer quant à la forme, et si nous pouvons nous permettre d'étiqueter un

peu différemment les cas soumis à notre examen, il est indispensable que les magistrats se trouvent toujours devant des conclusions fermes, dictées par un égal souci de traiter le délinquant et de protéger la société.

L'inculpé atteint de maladie mentale : infirmité psychique profonde, impulsion obsédante caractérisée, délire, manie, mélancolie, confusion, démence, doit être interné.

Par contre, les alcooliques simples, les déséquilibrés et les pervers constitutionnels ou acquis seront déférés aux tribunaux quoique présentant les stigmates physiques ou psychiques plus ou moins nombreux de la dégénérescence mentale, que l'on rencontre, il convient de le répéter, chez la plupart des délinquants que la justice condamne en vue de la protection sociale.

Aux asiles les malades francs, fous moraux exceptés, et dans des établissements de détention tous les autres délinquants. Telle est la formule que je vous propose.

En concluant ainsi, l'expert, énumérant les tares familiales et les stigmates individuels, soulignerait le caractère morbide de la délinquance et contribuerait à ôter à la décision judiciaire son caractère infamant. Au surplus, le texte du jugement pourrait mentionner le résultat de l'expertise et acquérir de ce fait une signification nouvelle.

Dès lors, à une responsabilité atténuée ne correspondrait plus une peine atténuée ou un placement trop souvent de courte durée dans un asile d'aliénés. La pseudo-incohérence des experts prendrait fin, la société serait plus efficacement protégée, le délinquant et sa famille moins tarés.

L'expertise future

Mais ceci dit, ne pensez-vous pas qu'il y ait plus à faire ? Ayant dénombré quelques-uns des ressorts... actuellement connus, de la pauvre marionnette que nous sommes, et montré le recul incessant des limites d'une pathologie finissant par englober presque toutes les manifestations délictueuses ou criminelles des humains, nous devons demander après Gilbert Ballet qu'en médecine légale il ne soit plus question de responsabilité.

Encore qu'on s'entende sur le sens restreint et purement pénal de ce mot, il est préférable de le supprimer dans cet

avenir où nous imaginons la justice organisée à la lumière des notions acquises en anthropologie criminelle.

Cette organisation paraît devoir être basée sur l'*Individualisation* et l'*Indétermination* de la sanction, individualisation et indétermination nécessitant l'intervention des médecins experts.

Spécialisés dans l'étude des troubles de l'esprit, entraînés à l'examen mental, amenés par l'expérience clinique acquise auprès des non-délinquants à mieux interpréter les tableaux symptomatiques présentés par ces derniers, les aliénistes pensent que l'individualisation de la sanction ne deviendra une réalité que s'il est procédé à l'*examen mental de tous les prévenus.*

Dans la mission qui leur serait confiée, le magistrat se bornerait simplement à paraphraser dans son ordonnance l'article 64 du code pénal : l'inculpé était-il atteint de démence au moment de l'acte ou a-t-il été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister.

Auxiliaire naturel de la justice, l'expert donnerait pour chaque prévenu un diagnostic aussi complet que possible, avec tout ce qu'il comporte de déductions pratiques : lien de causalité entre le délit et le trouble mental, danger de récidive, redoutabilité (Grasset), coefficient de nocivité (Dupré), « périculosité », comme disent les Italiens, nature du traitement.

Ainsi le magistrat, dans l'administration d'une justice qui, dès aujourd'hui, s'avère déjà profondément humaine et réformatrice, pourrait, ayant en mains l'étude mentale du prévenu, le document d'anthropologie criminelle, prendre une *décision* basée non sur la nature du délit ou du crime, mais sur celle du sujet dont il poursuivrait l'amendement. Cette décision serait bien *individuelle.* Pour les mêmes raisons, au lieu d'une justice distributive qui automatiquement administrerait tant de jours, de mois ou d'années de prison, selon la nature du délit ou du crime, le magistrat ne fixerait pas toujours rigoureusement, précisément, la durée de la sanction. Cette question de l'*indétermination* de la durée de détention (de la peine, comme on est encore tenté de dire) paraît très grave et pourra soulever de véhémentes protestations ; qui ne voit cependant à quel point elle tient compte et de l'individu lui-même, de ses réactions, de son amendement, et de la nécessité de protéger la société contre les récidives de plus en plus dangereuses des délinquants habituels qui du simple délit aboutissent au crime par des gradations non toujours nuancées.

Qui ne voit les heureuses conséquences de l'évolution médico-légale et judiciaire en suite des conceptions actuelles sur la responsabilité ? L'intervention médicale, la notion de morbidité introduite, même au cas où la décision du juge sera coercitive au maximum, épargnera au sujet une tare infamante, bien souvent imméritée.

L'esprit français ne perdant jamais ses droits, on pourra, dans un petit « film », parler du bon billet qu'aura Nénesse des Batignolles ou le Rouquin du Sébasto lorsqu'il verra « décidé » qu'il « tirera » quelques années de maison de détention. Mais je tiens pour vrai que la famille — et j'ai été souvent le témoin ému de son désespoir — injustement châtiée par le prononcé de la peine, se sentira moins touchée lorsque le sujet amoral constitutionnel ou acquis sera, par jugement motivé, envoyé en vue de la protection sociale et souvent pour y être amendé, dans un des établissements organisés sur les bases nouvelles de l'anthropologie criminelle.

Sous l'autorité du magistrat, mais partout à ses côtés, l'aliéniste serait le conseil que nous retrouverions dans tous les centres de traitement, d'amendement, de dépistage que nous nous représentons comme suit :

Les malades mentaux, curables à brève échéance, seront traités à l'hôpital psychiatrique.

L'asile d'aliénés recevra les délinquants incurables, fous moraux exceptés, et les malades dont le traitement semble devoir être de quelque durée.

Les criminels aliénés seront enfermés dans des asiles qui leur seront spécialement consacrés.

Des écoles de réforme recevront les mineurs ne rentrant pas dans les catégories précédentes.

Aux adultes délinquants plus ou moins déséquilibrés, pervers, amoraux, constitutionnels ou acquis, aux alcooliques récidivistes, aux passionnels, seront destinées des Colonies agricoles ou industrielles, organismes plus ou moins fermés, à disciplines diverses. Des régions moins peuplées, certaines îles pourront être choisies de préférence pour leur installation. Enfin, aux criminels dangereux pour la société, seraient réservées des maisons de sûreté spécialement construites pour éviter les évasions.

Dans les écoles de réforme, les colonies agricoles ou industrielles, les maisons de sûreté existeraient comme en Belgique des services médicaux spécialisés, services d'anthropologie

pénitentiaire où les détenus seraient examinés par des aliénistes en vue de dépister ceux d'entre eux dont la place est plutôt à l'asile et pour soigner ceux qui seraient susceptibles de tirer profit sur place d'une thérapeutique, tels ces épileptiques irritables, terreur des prisons, dont j'étais appelé tout récemment encore à voir un spécimen.

Dans ces établissements on ne serait pas toujours retenu pour un temps déterminé, mais pour certains déséquilibrés sujets à récidiver, certains alcooliques délinquants impénitents, la sortie serait décidée par un ou plusieurs juges, le Directeur de l'Etablissement et le médecin spécialisé chef du service anthropologique ayant voix consultative.

J'entends bien que d'aucuns trouveront cela fort beau en théorie et penseront que vainement nous attendrons ces réformes. Ignorent-ils que la Belgique, notre glorieuse voisine, a pour ainsi dire réalisé tout cela ?

A côté de l'exemple millénaire de la Colonie familiale de Gheel, ne nous offre-t-elle pas celui de Merxplas, dépôt de mendicité et colonie agricole modèle, de Saint-Gilles, qu'on nomme encore une prison, mais où il existe, créé par notre confrère le docteur Vervaeck, un service parfait d'anthropologie pénitentiaire ; de Gand, où le docteur Verstraete, son disciple, a créé un service analogue ? Et ne devons-nous pas entrer résolument dans la voie des réalisations ? Aussi, grâce à l'initiative du Professeur Leclercq, comptons-nous bien, en octobre prochain, inaugurer à Lille, dans la maison centrale de Loos, le premier service français d'anthropologie pénitentiaire, et je sais que d'autres suivront.

Messieurs les juges, ne nous parlez donc plus de responsabilité. Soucieux de ne pas nous substituer à vous, nous demandons simplement à donner un diagnostic, un avis aussi complet que vous le pouvez souhaiter, vous laissant le soin d'envoyer ceux que vous aurez devant vous, non pour les punir ni leur infliger une tare, mais pour les soigner et les rendre meilleurs, tout en protégeant efficacement la société, dans l'un des Etablissements dont vous disposez actuellement. Alors, on ne verra plus de batailles d'experts diminuant leur autorité. De plus, grâce aux laboratoires d'anthropologie pénitentiaire, organisés dans chaque centre, et cela d'autant plus aisément que le côté financier ne sera pas la préoccupation principale de ceux à qui vous les confierez, les « prisons » perdront leur caractère exclusivement coercitif, et on ne stigmatisera plus

de malheureux amoraux qui souvent n'auront d'autre tort que d'être mal nés ou d'avoir été victimes d'une infection.

Et en réponse à ceux qui proclament la science faillible et la pathologie mentale incertaine, nous rappellerons que sans cesse accrues les limites de la psychiatrie se sont étendues ces dernières années dans un domaine particulièrement important et délicat.

Peut-on vraiment, Messieurs, douter d'une science qui jette ainsi sur les misères humaines une lumière qui les réhabilite en démontrant leur origine morbide, qui apporte des solutions pratiques aux problèmes les plus douloureux que pose la justice des hommes, tout en cherchant un remède aux défaillances de leur esprit ?

PREMIER RAPPORT

RAPPORTS DE PSYCHIATRIE

ET

DISCUSSION

L'AUTOMATISME MENTAL

DANS LES DÉLIRES SYSTÉMATISÉS CHRONIQUES D'INFLUENCE ET HALLUCINATOIRES

LE SYNDROME DE DÉPOSSESSION

Par le Dr J. LÉVY-VALENSI

Médecin des Hôpitaux de Paris

« Plus j'observe les aliénés, plus j'acquiers la conviction que c'est dans l'exercice involontaire des facultés qu'il faut chercher le point de départ de tous les délires. »

(BAILLARGER).

L'AUTOMATISME MENTAL

DANS LES DÉLIRES SYSTÉMATISÉS CHRONIQUES D'INFLUENCE ET HALLUCINATOIRES

LE SYNDROME DE DÉPOSSESSION

Par le Dr J. Lévy-Valensi
Médecin des Hôpitaux de Paris

« Plus j'observe les aliénés, plus j'acquiers la conviction que c'est dans l'exercice involontaire des facultés qu'il faut chercher le point de départ de tous les délires. »

(Baillarger).

INTRODUCTION

Le Comité permanent du Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France et des Pays de langue française, réuni à Genève en août dernier, ayant confié son rapport annuel à deux rapporteurs a voulu leur laisser toute liberté.

Mon distingué co-rapporteur a désiré traiter l'ensemble de la question, j'ai donc délibérément limité mon effort à un essai de mise au point d'une série de faits auxquels je n'ai cessé de m'intéresser depuis l'époque lointaine déjà (1907-1908) où, interne du Pr Gilbert Ballet, j'entendais mon Maître insister sur l'importance de l'Automatisme mental en psychiâtrie, depuis la publication de mon premier travail avec Boudon (18 juin 1908) sur les délires spirites.

J'étudierai donc exclusivement l'Automatisme mental dans ses rapports avec les délires chroniques systématisés dits hallucinatoires, sous-entendant par ces derniers mots que j'envisagerai cet automatisme dans ses relations avec la Psychose hallucinatoire chronique et la Psychose d'influence.

Limitant ainsi mon sujet, je croyas avoir suffisamment réduit ma tâche, mon camarade Ceillier vient de la simplifier et peut-être même de la réduire encore en publiant à la Société de Psychiâtrie (Mars 1927) un important travail qui est un

troisième rapport sur l'Automatisme mental, en marge du Congrès. En lisant ce rapport j'ai eu le plaisir d'y rencontrer quelques-unes des idées défendues, après d'autres, par moi, en particulier dans mes leçons sur l'Automatisme mental (1925-1926-1927) (1).

⁂

Si l'automatisme mental a été mis à l'ordre du jour du Congrès de 1927, c'est peut-être moins à cause de son intérêt immédiat que des théories dont il a été le prétexte. Ces théories s'affrontent et *en apparence* sont irréductibles, je crois en effet que cette irréductibilité est seulement apparente. Serai-je contraint de prendre parti ? S'il le fallait, je le ferais sans hésiter, et, bien qu'attaché aux protagonistes des idées opposées par des liens de respect, d'affection, de camaraderie, cela ne serait point pour me gêner.

En effet, sur le terrain scientifique les idées se heurtent pour le plus heureux progrès, les personnalités demeurent en dehors du débat, il y a des idées adverses, mais je ne connais pas d'adversaires. D'ailleurs, j'ai accoutumé de penser et de dire que lorsque des travailleurs également documentés et consciencieux s'affrontent, leur différend est plus dans les termes que dans les faits ; un terrain de conciliation peut toujours se trouver. J'essayerai en l'espèce de le découvrir.

⁂

Quelques auteurs ayant à traiter une question quelconque d'ordre scientifique, de peur de passer pour manquer d'originalité déclarent qu'ils n'ont rien lu, rien entendu.

Pour moi, qui n'aspire à aucune découverte, je dois déclarer que j'ai lu tout ce que j'ai pu lire sur la question, que j'ai entendu avec profit mes Maîtres les P[rs] Gilbert Ballet et Henri Claude, que j'ai suivi avec un vif intérêt les conférences à l'Infirmerie spéciale de M. de Clérambault.

C'est clairement avouer que ce rapport n'a pas la prétention d'apporter des faits nouveaux.

---

(1) Observations sur les délires spirites, avec BOUDON, 1908, avec LERAT 1908, avec GENIL-PERRIN, 1912. Spiritisme et folie, *l'Encéphale*, 1910. *Leçon inédite sur les délires spirites*, 1927. *Les Psychonévroses*, avec le P[r] CLAUDE (maladies du système nerveux), 1922, écrit en 1913. *Les Délires*, 1926. *Leçons faites à l'Hôtel-Dieu*. 1925 (leçon II et VIII). *Précis de psychiatrie*, 1926.

Observations sur l'A. M. avec BARUK et CALLÉGARI, 1925. *Leçons à l'Asile St-Anne*, 1[er] mars 1925. L'automatisme mental, *Paris-Médical*, 12 sept. 1925. Leçons inédites, juin 1925. *Obsession et automatisme mental*, novembre 1926. *Le syndrome de dépossession*, janvier 1927. *Syphilis et automatisme mental.*

PREMIÈRE PARTIE

DÉFINITION

Pour définir l'Automatisme mental, je n'invoquerai ni l'étymologie grecque, ni l'autorité de telle encyclopédie. Je veux simplement reproduire la définition probablement insuffisante mais compréhensible de ma leçon du 1er mars 1925 : « L'automatisme mental est l'indépendance plus ou moins complète des éléments d'ordre psychique échappant au contrôle de la volonté ».

Dans cette définition est compris tout *l'automatisme mental normal* bien étudié en particulier par Pierre Janet, par Grasset : le rêve, la rêverie, la distraction, l'inspiration, les actes habituels, professionnels ; cet automatisme normal que je n'envisagerai pas à son intérêt primordial au point de vue dogmatique, car son existence, son identité avec certains phénomènes de l'ordre pathologique, le passage par degrés successifs de l'état le plus normal à l'état le plus morbide, incitent à penser que, contrairement à l'acception complète de certaines opinions, il n'existe pas un abîme entre l'automatisme mental normal et le pathologique.

EXTENSION DE L'AUTOMATISME MENTAL PATHOLOGIQUE

En 1913, dans l'article « Psycho-névroses » écrit en collaboration avec le Pr Claude, pour son livre « Maladies du système nerveux » paru en 1922 ; puis dans ma leçon du 1er mars 1925, j'ai proposé une classification que je vais simplement reproduire ici légèrement modifiée, afin de montrer l'importance d'un sujet dont je n'ai en vue qu'un petit côté.

Cette classification a pour base *l'état de conscience* du sujet, état de conscience compris d'ailleurs sous trois aspects :

a) Conscience : lucidité.

b) Conscience de l'automatisme (sentiment de l'automatisme).

c) Conscience du caractère morbide.

I. Automatisme mental avec perte de la conscience (lucidité).

a) Actes des épileptiques.

b) Etats confusionnels : Délire onirique.

II. Automatisme mental avec conservation de la conscience (lucidité).

A. *La conscience de l'A. M. fait défaut (pas de sentiment de l'automatisme).*

a) Les hallucinations psycho-sensorielles.

b) Pseudo-hallucinations de Hagen, rêveries. Délires d'imagination.

c) Certains états maniaques.

B. *La conscience de l'A. M. est incomplète (Subconscience). Le pithiatisme.*

C. *Conscience de l'A. M. (Sentiment d'automatisme).*

a) Avec conscience de l'état morbide.

α) Réactions émotives.

β) Obsessions.

γ) Quelques hypomaniaques.

b) Sans conscience de l'état morbide.

Syndrome de dépossession.

Cette division est uniquement schématique et incomplète ; les types peuvent empiéter les uns sur les autres. Le *syndrome de dépossession* fera l'objet de ce rapport, et du seul point de vue des délires systématisés dits hallucinatoires.

LE SYNDROME DE DÉPOSSESSION

Dans ma pensée le terme dépossession s'attache à la notion qu'a le sujet qu'il ne s'appartient plus. Des idées envahissent sa pensée qu'il ne reconnaît pas comme siennes, des sentiments le surprennent, des voix parlent en-dedans de lui, *occupant sa pensée,* des images lui sont imposées, il n'agit pas, on le fait agir ou on l'empêche d'agir, etc., etc. Tout cela c'est de l'automatisme ; mais le mot automatisme a d'une part un sens pathogénique, d'autre part il englobe, vous l'avez vu, un grand nombre de syndromes. La dépossession, elle, est la traduction clinique d'une variété bien définie de cet automatisme.

Un halluciné, un épileptique n'ont pas le sentiment qu'ils ne sont plus libres d'eux-mêmes ; un obsédé qui se rend compte de son automatisme n'a pas le sentiment de la *dépossession.* Sa réaction immédiate est : je suis malade. Celui qui a le sentiment de la dépossession, *même avant d'interpréter,* a la notion de quelque chose d'anormal, de trouble, d'étrange, très spécial et que nous retrouverons bientôt.

Le terme « dépossession » n'a pas paru désirable à M. de Clérambault, à l'approbation de qui je l'avais soumis. D'après lui, ce terme n'indiquerait pas le phénomène à l'*état naissant,* il sous-entendrait déjà une interprétation et il préfère le terme *dissidence.* J'avoue que malgré ces objections j'ai conservé une expression que je crois bonne et qui me paraît convenir aux premières manifestations de l'automatisme avant tout raisonnement interprétatif. Je ne dirai même plus, comme je l'ai fait en 1925, sur les conseils de Clérambault, *dépossession mentale,* car ce terme implique déjà une pathogénie, le terme *dépossession* convenant cliniquement à tous les automatismes, *mental proprement dit, moteur, sensitif;* à une autre amicale objection de Clérambault, je répondrai que je n'imagine pas plus que ce terme puisse faire confusion avec le *Délire raisonnant de dépossession* de Régis que le terme *Syndrome de Passivité* de Clérambault faisant confusion avec la Passivité cérébelleuse d'André Thomas.

TABLEAU SCHÉMATIQUE du SYNDROME DE DÉPOSSESSION

Je considère comme primordial, à la base du syndrome, le *sentiment de la dépossession,* ce sentiment se trouve rapidement affermi, élargi par des symptômes, les uns directs, les autres indirects, sources de raisonnements *intuitifs, immédiats.*

Le premier raisonnement est une constatation de faits *intérieurs,* le sujet subit un encombrement ou une inhibition de son psychisme, pensée, sentiments, actes et il se trouve en fait *dépossédé.*

Le deuxième raisonnement, bien qu'immédiat aussi, est un peu plus complexe et les symptômes ici montrent au malade que sa pensée se désagrège, s'effrite, parce qu'elle est connue de

tous, que ses actes ne sont pas de lui parce qu'il ne les reconnaît pas.

Soit le tableau suivant dans lequel je n'hésiterai pas à faire entrer de la « poussière de symptômes », le fait le plus insignifiant d'apparence pouvant en l'espèce acquérir une considérable valeur.

A. — Le sentiment de la dépossession.

B. — Les symptômes directs.

a) DÉPOSSESSION DU LANGAGE INTÉRIEUR (Hallucinations psychiques de Baillarger) :

Variétés :

Auditive.
Kinesthésique verbale } Séglas.
— graphique } Séglas.
Littérale.

b) DÉPOSSESSION DU LANGAGE EXPRESSIF :

Variétés :

Motrice verbale
— graphique
Impulsion verbale
— graphique
} Séglas.

Contenu :

anidéique : syllabes, — kyrielles de mots, — jeux syllabiques, — non-sens, — contre-sens, — scies (Clérambault).
athématiques : conversations téléphoniques, — phrases dépourvues de sens, — fables, etc.
thématiques : divers.

Inhibition verbale.
— graphique.

c) DÉPOSSESSION DE LA PENSÉE :

1° hyperidéation.
2° hypermnésie, *dévidage muet des souvenirs.*
3° embrouillage de la pensée.
4° aprosexie.
5° amnésie.
6° pensées *étrangères :*
— abstraites,

pensées contraires,
— lumineuses,
— obscènes,
— ridicules, etc.
— devinatoires: passé, présent, avenir.
7° rêves imposés, prophétiques, etc.

d) DÉPOSSESSION DE L'AFFECTIVITÉ :

Indifférence ou affection insolites.
— ou émotivité anormale.
Tristesse ou joie.
Enthousiasme, dégoût, colère, crainte.

e) DÉPOSSESSION DE LA VOLONTÉ :

Doutes.
Hésitations.
Désirs d'actes.
Aboulie.
Distractions.

f) DÉPOSSESSION DES ACTES :

a) actes imposés.
b) inhibitions.
c) actes manqués.

g) TROUBLES PSEUDO-SENSORIELS :

Bruits imaginaires, — airs, — hymnes, etc.
Vision imaginaire.
Olfaction imaginaire.
Goût spirituel.
Sentiment de présence.

h) TROUBLES CÉNESTHÉSIQUES, TACTILES, GÉNITAUX, ETC. :

Possession externe.
— interne.

C. — Les symptômes indirects.

1° *Fuite ou vol de la pensée:*

Echo sonore ou psychique de la pensée, de la lecture, de l'écriture.
Enonciation et commentaires des pensées.
Enonciation et commentaires des actes.

2° *Interprétation des actes.*

⁂

Avant d'aller plus loin et de développer quelques-uns des éléments de ce tableau très schématique, je veux rappeler encore que si j'ai fourni au syndrome un nom sans doute discutable, mon originalité n'a pas été plus loin. Je n'ai apporté à l'édifice ni les pierres ni le ciment.

Les véritables créateurs du syndrome de dépossession ? mais ce sont les *Mystiques* et les *Possédés.* J'ai peu lu sainte Thérèse, je ne connais saint Augustin que par les Jansénistes et j'avoue mon ignorance complète de saint Bonaventure, mais tous les auteurs sont d'accord sur ce point et leurs citations sont d'importance.

Quant aux Possédés, ce que nous savons d'eux par l'histoire et par leur historiographe aliéniste Calmeil, joint aux constatations actuelles possibles encore, tout nous montre que les *possédés* sont les plus typiques des *dépossédés.*

Dans cet aperçu historique d'un point très spécial, je m'en voudrais néanmoins de ne pas citer parmi les médecins psychologues Pierre Janet dont l'œuvre demeure impérissable, Grasset qui l'a vulgarisée, Myers, etc. Mais les aliénistes, on s'en doutait, connaissaient de longue date les manifestations de l'automatisme mental chez les délirants. Nous avons cité Calmeil ; Esquirol, Bottex, Leuret, Lelut, Brierre de Boismont en citent des exemples. Baillarger en donne une admirable description et formule une *théorie de l'automatisme.* Michéa en quelques pages indique les symptômes essentiels.

Au demeurant, les modernes, nos contemporains, dont je ne sous-estime pas l'œuvre, ont trouvé chez ces maîtres la plupart des éléments de l'automatisme mental.

Plus près de nous, Séglas, à qui j'ai toujours entendu rendre un hommage mérité par tous ceux qui parlent d'automatisme mental, Séglas isole dans l'hallucination psychique de Baillarger les hallucinations kinesthésiques, psycho-motrices, etc., met au jour un grand nombre de symptômes, insiste sur le sentiment d'automatisme et crée le terme de psychose d'influence. Depuis l'époque où je fus l'interne de Gilbert Ballet (1907-1908), j'ai entendu constamment mon maître insister sur l'importance de l'automatisme mental dans la genèse des délires. Il inspira dans cette direction les observations de Dheur (1903), Monier-Vinard (1903), Boudon et moi-même (1909) et me conseilla un travail d'ensemble sur les folies spirites (1910). En 1912, il faisait sur ce même sujet une leçon à l'asile Sainte-Anne où il accordait une importance majeure

à la *précocité* des phénomènes d'automatisme, en particulier à l'*écho de la pensée,* idée qu'il reprenait dans sa leçon du 10 juin 1913 sur laquelle je reviendrai.

Gilbert Ballet aurait certainement continué dans cette voie, mais le lendemain c'était la guerre, puis la mort en 1916.

La thèse de G. Petit (1913) sur « Les Pseudo-Hallucinations aperceptives » est, à ma connaissance, le premier travail d'ensemble sur la question. Cette œuvre substantielle, claire, rappelle la plupart des éléments de l'automatisme mental, utiles à connaître, elle abonde en aperçus originaux. Je suis heureux de dire ici avec quel profit je l'ai lue et méditée.

Le premier travail *publié* de M. de Clérambault porte la date du 4 avril 1920. Le distingué médecin en chef de l'Infirmerie spéciale déclare que depuis de longues années, dans son enseignement oral et dans ses certificats, il défend les théories dont nous aurons à parler. Il est incontestable que Clérambault, qui n'a jamais prétendu avoir créé l'automatisme mental, y a apporté une capitale contribution, non seulement en dépistant des symptômes de grande valeur clinique et pathogénique, mais en réunissant par un véritable ciment les signes épars, en un syndrome sur lequel je reviendrai.

Du point de vue pathogénique, Clérambault soutient une théorie qui, comme nous le dirons, n'a pas encore fait ses preuves, mais qui, inspirée de la pathologie générale, mérite d'être prise en considération. L'ardeur, la foi, la constance de son effort sont en tout cas dignes d'estime et de sympathie.

En 1923, M. Revault d'Allonnes reprend tous les éléments de l'automatisme mental, crée le terme de Polyphrénie, qui ne paraît pas avoir obtenu droit de cité, et développe l'automatisme mental dans un langage psychologique.

En 1924, le Pr Henri Claude décrit le syndrome d'action extérieure.

A. — LE SENTIMENT DE DÉPOSSESSION

Ainsi que je l'ai déjà fait pressentir, le *sentiment de dépossession* est un cas particulier du *sentiment d'automatisme ;* c'est un automatisme conscient de lui-même, mais ignorant de son caractère pathologique. Le *sentiment d'automatisme,* au sens de Pierre Janet, est le sentiment de *dépersonnalisation* de Dugas et Moutier, il peut devenir par transformation *sentiment de dépossession,* comme l'*obsession* peut devenir *idée*

d'influence, mais les deux sentiments peuvent néanmoins s'opposer. Si le *sentiment de dépossession* diffère du sentiment d'automatisme de Pierre Janet, il est identique au *sentiment d'automatisme* de Séglas : « On s'aperçoit aisément que l'élément primordial nécessaire c'est l'incoordination psychique et le *sentiment d'automatisme.* Et cela suffit, tout le reste est surajouté. »

Mon regretté collègue de la Salpêtrière, Lucien Cotard, à propos de deux malades, confirme en 1909 cette opinion. G. Petit défend la même conception en acceptant le terme *sentiment de dépersonnalisation.*

C'est à peu près la même idée qu'exprime cette phrase de Clérambault : « Nous voyons ainsi non seulement la parole intérieure mais toutes les fonctions du psychisme troublées dans leurs opérations et dans leur annexion au moi. »

En 1913, avec le Pr Claude dans son *Manuel de neurologie* paru en 1922, j'avais insisté sur le *sentiment d'automatisme,* base de ma classification. Je suis revenu sur ce point le 1er mars 1925. « Ici le malade a le sentiment qu'il n'est plus le maître de sa pensée, de ses sentiments, de ses volitions, de ses actes, de son langage, *sentiment d'automatisme* qui précède de peu l'interprétation délirante explicative. »

Le *sentiment de dépossession,* terme plus propre, me semble-t-il, que celui de sentiment d'automatisme employé il y a deux ans, est d'expression difficile. Il résulte essentiellement de la désagrégation psychique. Cette désagrégation pourra, chez les malades envisagés, produire des phénomènes qui iront de la plus fugitive pensée étrangère à l'hallucination psycho-sensorielle la plus objective, mais il y a une phase pendant laquelle le sujet éprouvera un *malaise,* une *inquiétude sourde,* un *sentiment d'étrangeté, de perplexité* (Heuyer et Lamache) sur lesquels se grefferont plus ou moins tard des symptômes précis de désagrégation : hallucinations psycho-sensorielles, éléments directs ou indirects du *syndrome de dépossession.* Laissons les hallucinations *psycho-sensorielles* qui ne comportent pas, *par elles-mêmes,* le sentiment de la dépossession.

Le sentiment vague de la dépossession demeure assez peu de temps isolé; le plus souvent, rapidement apparaissent les éléments directs ou indirects.

Dans une de mes leçons de Ste-Anne (novembre 1926), je comparais la désagrégation psychique qu'est l'automatisme mental à l'ébullition de l'eau et je disais : « Si l'eau avait le

sentiment de la désagrégation moléculaire qui constitue l'ébullition, elle aurait le sentiment de la dépossession. Ce sentiment elle l'aurait même avant que les bulles viennent crever à sa surface, elle l'aurait encore et plus en même temps que les bulles deviendraient plus nombreuses. »

De même pour les cas qui nous occupent. Pendant un temps l'automatisme est à l'état naissant, l'ébullition se prépare, le cerveau lui aussi est en ébullition et c'est un malaise, un *trouble cénesthésique* indéfinissable, puis la bulle crève à la surface, une manifestation automatique jaillit du subconscient dans la conscience, mais le malaise continue. Il continuera sourd, mystérieux, étrange jusqu'au moment où le sujet aura interprété, bâti son délire ; nous ne le suivrons pas d'ailleurs jusque-là car « cela suffit, tout le reste est surajouté » (Séglas).

Le *sentiment de la dépossession,* s'il est le terrain sur lequel germent avec aisance les *éléments* et *symptômes directs* de l'automatisme mental, va par une sorte de choc en retour être *indirectement* la cause d'un certain nombre de symptômes que j'ai appelés *éléments* ou *symptômes indirects.*

Il s'agira d'une part d'interprétations traduisant l'état de désagrégation, d'autre part de *thèmes* fournis aux phénomènes hallucinatoires (hallucinations psychiques et psycho-sensorielles), thèmes qui tous auront pour objet, comme nous le verrons, la perte de l'individualité psychique et, indirectement, de l'individualité sociale.

En somme, le sentiment de dépossession est à la base de toutes les manifestations que nous avons à envisager, quelles que soient ces manifestations, directes ou indirectes, psychiques, verbales, sensorielles, sensitives ou cénesthésiques, ce sentiment imprime sa caractéristique, la *désappropriation,* la *désannexion du moi.*

Cette *désannexion,* cette *désappropriation du moi,* nous en trouvons l'expression pittoresque dans ces phrases relevées chez les malades : « Il me semble que mon cerveau est double ». « Je me sens dédoublé ». « Mon cerveau va plus vite que moi ». « Tout ce que je vous dis là c'est mon cerveau qui m'oblige de le dire », etc., etc. Et cette phrase écrite sous la dictée d'un de mes malades : « Ma volonté ne m'appartient plus. S'il y a une conscience et une subconscience chez l'homme, ma subconscience était dominée par une force étrangère, mon être conscient percevait les sensations que me provoquait cette intervention étrangère. »

B. — SYMPTOMES DIRECTS

Ici la *dépossession* s'affirme du fait même du phénomène qui s'impose à l'individu, se substitue à lui, désagrège son *individualité* sinon sa *personnalité* (R. d'Allonnes).

a) Dépossession du langage intérieur

L'ensemble de ces signes comprend des éléments de l'*hallucination psychique* de Baillarger, de la *pseudo-hallucination* de Kandinsky, des *hallucinations verbales motrices* de Séglas.

Il suffit pour les faire comprendre d'accepter, dans ce but, la conception de Charcot des quatre centres verbaux : *auditif, moteur, graphique, visuel,* puis d'admettre que chacun de ces centres va fonctionner isolément automatiquement formant un *langage intérieur auditif, moteur, graphique* ou *visuel.* A l'état normal d'ailleurs, chacun de nous pense avec des mots, des articulations verbales, ou plus rarement avec des lettres ou des mouvements graphiques, le plus habituellement le *langage intérieur* est *mixte, auditif* et *moteur.*

La malade aura donc une *représentation psychique automatique, involontaire* de mots :

ouïs : *Pseudo-hallucinations auditives,* type Kandinsky.
prononcés : *H. kinesthésiques verbales* } Séglas.
écrits : *Kinesthésique graphique* }
lus : *H. littérale,* type Kandinsky.

Le plus souvent, à l'état pathologique, comme à l'état normal, ai-je dit, le langage intérieur est *auditivo-moteur* et l'*hallucination psychique* sera *entendue* en même temps qu'*articulée.*

Dans tous les cas, la voix est *sans sonorité ;* voix sans son, voix mnémotechnique, voix télépathique, voix de pensée, voix d'âme à âme ; une malade mystique, pour bien me faire comprendre que cette voix n'est pas sonore, me dit : « Si Dieu parlait avec une voix sonore tout le monde l'entendrait. » Un autre : « J'entends parler comme je pense » ; un troisième : « Si la voix était sonore elle m'empêcherait d'entendre le vent ou le ronflement de ma femme, or ce n'est pas le cas ».

B., malade présenté à la Société de Psychiatrie par Heuyer et Lamache, sent que la voix sort par son nez et rentre par son oreille perforée. Ce n'est cependant pas une voix réelle mais

quelque chose de plaintif, semblant venir d'un appareil et « auditée » par une autre personne avant de lui parvenir. Le malade L. : « On me travaille le cerveau, ma tête travaille malgré moi, je prononce intérieurement des mots qui me sont étrangers. »

La voix parle en général à la 2e personne, s'adaptant directement au sujet, quelquefois c'est le mode impersonnel *on*.

Clérambault insiste sur la façon dont quelques malades parlent d'eux-mêmes à l'impersonnel, modalité d'expression qui traduit nettement le dédoublement de l'individualité.

C'est une voix *intérieure*, céphalique, cardiaque, abdominale, épigastrique.

Le malade ne prête pas l'oreille, mais se concentre en lui-même pour percevoir.

Contenu (1)

1° Eléments anidéiques

Séglas avait signalé ces voix « sans intérêt, indifférentes, frivoles, imprévues ou même énigmatiques ». Clérambault insiste constamment sur ces faits sur lesquels comme nous le verrons repose en partie sa théorie de l'automatisme mental. Voici les principaux éléments sur lesquels il attire journellement l'attention.

1° Syllabes, Jeux syllabiques.
Mots dépourvus de sens.
Non-sens, à peu près, scies, etc.

Je ne saurais nier l'existence de ces faits, mais étant donné l'importance que l'auteur leur attribue, il convenait de les rechercher avec soin. Je crois qu'ils sont rares. Depuis sept mois j'ai vu à l'asile Ste-Anne à peu près tous les cas d'automatisme mental ayant passé par l'Admission, la plupart venant d'ailleurs de l'Infirmerie spéciale ; deux seulement pouvaient entrer dans ce cadre : l'un des malades entendait z z o u-z z o u-z z o u, l'autre percevait un grésillement derrière son front, puis les syllabes groum, groum.

---

(1) Je n'envisage ici que les éléments qui en eux-mêmes ne comportent pas l'idée de dépossession ; les autres seront envisagés au paragraphe suivant ; cette division est essentiellement arbitraire et artificielle.

2° Eléments athématiques

Ici les mots, les phrases ont une réalité, mais sont sans intérêt, c'est l'éventualité envisagée surtout par Séglas.

Ce sont des phrases sans signification pour le malade et dont il ne comprend pas le sens, pour lui du moins; ces phrases ne l'intéressent pas; elles sont de totalité affective *neutre*. Selon la juste comparaison de Clérambault, le sujet paraît être au milieu d'un circuit téléphonique, obligé de subir des conversations qui ne le concernent point. Ce symptôme, un peu plus fréquent, n'est pas néanmoins d'observation constante.

Du même ordre et assez rares aussi sont les fables, ou lambeaux de fables, récits, etc. La malade D. entend des fables. Est-ce que ce ne sont pas, demande-t-elle, des fables qui me reviennent de mon enfance ?

3° Eléments thématiques

Ici nous entrons dans le délire. Je n'en dirai rien.

b) Dépossession du langage expressif

Ces phénomènes bien isolés par Séglas sont classiques, je n'y insisterai pas, ce sont :

au point de vue verbal :

1° l'hallucination motrice verbale avec sensation et ébauche de mouvements des muscles vocaux;

2° l'impulsion verbale : le sujet est dans l'obligation de parler, mais *sait qu'il parle*.

Dans le *délire prophétique* de Régis, le sujet, un pithiatique probablement, ignorerait les propos tenus par lui.

au point de vue graphique même division:

a) hallucinations motrices graphiques avec sensation et ébauche de mouvements des doigts;

b) impulsion graphique; c'est aussi l'écriture *semi*-mécanique de *quelques spirites*.

L'écriture mécanique est l'analogue du *délire* prophétique.

Enfin, dans quelques cas le sujet écrit sous dictée, sur injonction, en même temps d'ailleurs le plus souvent sa main est *poussée*.

Le contenu de ces hallucinations ou impulsions que j'appellerais plus volontiers *parole et écriture imposées* peut être celui du paragraphe précédent. Le plus souvent, ce sont propos mystiques ou érotiques, parfois expressions ordurières faisant *contraste* avec la mentalité et l'éducation du sujet.

3° Les inhibitions verbales et graphiques.

Fréquemment les malades prétendent qu'une force les empêche de parler et d'écrire. Ce n'est là qu'une partie des *inhibitions* fréquentes chez les aliénés du type envisagé.

c) Dépossession de la pensée

1° Intrusions dans la pensée

Ici, théoriquement du moins, c'est l'invasion de la pensée par des idées *non verbalisées*. Ce groupe, avec l'intrusion dans les sentiments, forme les *pseudo-hallucinations aperceptives* de Kalbhaum.

Hyperidéation

Le sujet, comme un hypomaniaque, a le sentiment d'une idéation plus riche, plus facile qui l'étonne. Cette hyperidéation s'accompagne d'ordinaire d'*hypermnésie* ou *dévidage muet des souvenirs* (Clérambault).

Pensées étrangères

Ces pensées, que le sujet ne s'annexe pas, rappellent ce que seraient dans un texte les phrases *citées* que l'imprimeur aurait négligé de placer entre guillemets.

Ce sont des :

idées abstraites,
idées lumineuses.

Un de nos malades vu avec Baruk et Callegari était stupéfait de ses propres idées:

Lui, qui n'avait fait que très peu d'études, qui n'avait aucune notion scientifique, il arrive maintenant à envisager les conceptions les plus abstraites de la physique, de la chimie, de l'astronomie. Il connaît ainsi parfaitement la théorie des constructions, celle de l'hélice, la théorie du fer ; il a trouvé la force des fers et des aciers des locomotives ; il a découvert que la construction était proportionnelle à la force des métaux ; il a trouvé des gabarits, des forces

naturelles, des progressions théoriques et métriques ; il a trouvé les essieux, les châssis, les cylindres, l'écartement des axes moteurs, les poids adhérents, le poids total. Il a vu que l'alourdissement diminue le diamètre et le nombre de tours, etc.

Mais ses connaissances ne se bornent pas à la mécanique, il connaît aussi les religions ; ainsi le bouddhisme est un tempérament d'homme mélangé à des sangs d'animaux. Les musulmans constituent le Juif sacré. Le fétichisme est formé d'esprits puissants qui marchent avec des divinités. Il connaît également la zoologie ; il a trouvé des métis d'animaux, a étudié les quadrupèdes, les insectes, les poissons, les cachalots, les baleines, ces dernières sont des métis de poissons et de quadrupèdes. Le chameau est un métis de cheval et de mouton... Toutes ces notions lui viennent subitement, et par une force en quelque sorte étrangère. A n'importe quel moment de la journée, surtout quand il est seul, l'*obsession* s'empare de lui, lui insuffle des connaissances merveilleuses et en désaccord avec son instruction antérieure. Il en est stupéfait et, suivant son expression, son esprit est si puissant à ce moment-là « qu'il s'en bouche un coin ».

Idées contraires, rappelant l'obsession.

Idées obscènes.

Idées saugrenues, etc.

« On dirige mes pensées surtout sur des choses basses, mauvaises. »

« J'ai dans la tête des pensées qui ne me paraissent pas normales et qui sont contraires à mes goûts. Je me rends très bien compte que l'on utilise mon cerveau. »

« J'ai des idées bizarres, absurdes, etc... »

Réminiscences

« Je *revis des choses passées.* »

Idées devinatoires

Assez fréquentes. Le malade, par le mécanisme de la *pensée étrangère,* prétend deviner le passé, le présent et prévoir l'avenir. Heuyer et Lamache ont insisté sur le *devinement de la pensée.*

Un de mes malades me disait : « Je devine la pensée des autres quand je veux ».

Un autre : « Je devine la pensée de tous les gens qui passent dans la rue, aussi je ne m'ennuie jamais ».

S. prend la main de ses camarades, devine leurs pensées et leur avenir.

On peut se demander sans entrer dans le domaine de la *Métapsychique* qui semble cependant appartenir à l'Automatisme mental, si parmi les voyantes, à côté des escrocs, il n'y a pas quelques malades victimes de leur automatisme. Du même ordre sans doute est le rêve imposé et le *rêve prophétique,* automatisme pathologique dans un automatisme normal.

Embrouillage de la pensée

Le sujet perd la netteté de ses idées.

Aprosexie

Le malade est empêché de fixer son attention.

Amnésie

Calmeil raconte qu'une des possédées de Loudun, Sœur Anne de la Nativité, « commençait d'avoir de la peine à se confesser et on lui ôtait la mémoire de ses fautes et même les paroles de la bouche. »

d) Dépossession de l'affectivité

Ici, le malade peut sentir sa fonction *inhibée* : indifférence; *accrue,* hyperémotivité, affections insolites, enthousiasme, joie; *pervertie,* dégoûts, tristesse, peur, colère, etc.

e) Dépossession de la volonté

Le sujet se sent devenir aboulique, douteur, hésitant, distrait, ou au contraire a des désirs d'actes auxquels il résiste malaisément.

Dans tous ces cas, je le répète, ce qui fait la caractéristique du syndrome, c'est que le sujet ne l'explique pas par la maladie, mais a un sentiment d'étrangeté, de perplexité qui le conduira plus tard à l'idée délirante *explicative.*

f) Dépossession des actes

Pratiquement, c'est la manifestation la plus objective.

1° Actes imposés

Le malade est réduit à l'état d'automate, il accomplit des actes qu'il sait inutiles, ridicules, voire nuisibles.

Quelques malades se sentent bousculés, d'autres enlevés (sorcières se rendant au sabbat) ; dans quelques cas, les sujets se sentent devenus extrêmement légers. « J'ai vu des vaporeux, écrit Cabanis, qui se trouvaient si légers qu'ils craignaient d'être emportés par le vent. »

S. est tellement habitué à être dirigé qu'il monte un jour sur une motocyclette et, sans souci de l'équilibre, met les mains dans ses poches, se fiant pour être dirigé à des « ondes magnétiques ».

Un malade, sous une influence étrangère, vient de Metz à Paris, va écouter en Sorbonne un cours de géométrie qui ne l'intéresse point, se rend à la Faculté de médecine où il salue le buste d'Hypocrate, enlève à un passant sa pochette, tire la barbe à un autre et met fin à ses exploits en démolissant un étalage de porcelaines. Le malade Z. est dans l'obligation de se masturber. V. me disait : « Il me semble que mes gestes sont dirigés par une mystérieuse influence ».

2° Inhibitions

Un de mes malades ne pouvait plus pédaler sur sa bicyclette; une femme ne pouvait plus faire aller sa machine à coudre : « On agit par la pensée sur mon cerveau, on arrête ma volonté, mes mouvements ».

Voici une description pittoresque où l'on voit un certain nombre d'éléments du syndrome de dépossession, mais en particulier les actes *imposés* et les *inhibitions*.

« Dans mon sommeil, on m'enlevait mon esprit, ayant pris mon esprit on utilisait mon enveloppe comme on voulait. La personne qui s'introduisait dans mon enveloppe à la faveur de la torpeur de mon esprit faisait des extravagances. La personne qui était au premier plan commandait aux muscles de mes mains et m'obligeait à me déshabiller, à faire certains actes qui m'ont compromise.

« D'autres fois, quand je voulais agir correctement, j'en étais empêchée. On agit sur un lobe de mon cerveau comme avec une aiguille, pour me faire penser à des choses que je ne pense pas. Je me sens diminuée de l'attention que je voudrais,

aussi, malgré tous mes efforts. J'assimile mal à cause des volontés étrangères qui agissent sur mon cerveau. »

« Enfin, c'est bien simple, dit un autre, c'est la moitié de ma tête qui ne m'appartient pas. »

3° Actes manqués

Ce sont des maladresses dans les actes courants ou dans la vie professionnelle.

g) Troubles pseudo-sensoriels

Ils appartiennent au groupe des *pseudo-hallucinations* de Kandinsky.

Bruits imaginaires

Un malade croyait entendre des cris *intérieurs* répondant à ses pensées.

Une possédée de Calmeil avait un coq qui chantait dans son intestin, une autre avait dans le ventre, aboyant, une chienne et ses petits.

Ce sont des chants, des airs, des concerts.

S. entendait des « concerts merveilleux ». La femme D. des « chants d'église ».

Vision imaginaire

C'est une représentation mentale vive à laquelle le sujet attribue une origine exogène. La vision imaginaire diffère de l'hallucination visuelle en ce qu'elle n'implique pas la croyance à la réalité objective ; le sujet dira *qu'on lui fait voir* et non qu'il voit ; si bien qu'il lui arrive de fermer les yeux pour mieux voir: « C'est dans mon cerveau que ça se passe ». C'est là le type de la vision du mystique. « C'est une image vivante », écrit sainte Thérèse.

Une des malades vue avec Baruk et Callegari voit le toit de sa maison s'entr'ouvrir et au bout d'un tunnel, elle aperçoit alors le ciel, pareil à un jardin bleu rempli de fleurs rouges.

Une autre fois, elle se voit elle-même dans le Paradis (*vision spéculaire*).

Très souvent, les malades vous disent : *on me fait voir, c'est comme du cinéma.*

N. a été *filmée,* c'est elle-même qu'on lui représente dans des positions obscènes. Car, le mysticisme et l'érotisme étant

souvent associés, les visions saintes alternent avec les obscénités.

Le malade V. a vu Dieu sous la forme d'un jeune homme blond ; il accomplit par la pensée un voyage à New-York et nous décrit la grande ville américaine.

G., par le même procédé de vision, nous promène dans les vies antérieures qu'il a vécues.

R. voit la femme qu'il aime passer au bras d'un rival.

La femme X. couchée avec son mari voit son amant devant elle.

Ces visions répondent le plus souvent aux préoccupations du sujet. « Elles sont, d'après Ceillier, symboliques et animées ».

Burdach les décrivait ainsi : « Ce sont tantôt de simples croquis, tantôt des figures ombrées ; ici, les images sont brillantes et colorées, là elles se détachent sur un fond terne et parfois, aussi, clair. » Et Baillarger : « Une démonomaniaque voulant faire comprendre ce qu'elle éprouve, me dit que le diable lui apparaît comme transparent ; il semble qu'il n'y a rien à toucher. »

Clérambault croit qu'il s'agit en général de visions anidéiques, ternes, sans relief, transparentes.

Le *sentiment de présence,* voisin de la vision imaginaire, mais *aperceptif* est rarement observé. Le malade V. à l'église a senti derrière lui la présence d'une personne.

Olfaction et goûts spirituels

Ces symptômes, rares, ont néanmoins été rencontrés. Le sujet exprime nettement la *représentation mentale* d'une odeur, d'un goût qui n'ont rien de sensoriel.

h) Troubles tactiles, cénesthésiques et génitaux

Ce groupe, capital en l'espèce, comprend ce que l'on appelle couramment *hallucinations tactiles, cénesthésiques, génitales,* etc.

Il s'agit là surtout d'*interprétations,* mais de phénomènes réels hypertrophiés par l'introspection, « une attention toujours à l'affût de telles sensations et toujours prête à les interpréter comme des signes d'une influence extérieure, ne peut manquer de trouver matière à s'exercer en ce sens » (Séglas et Barat). Le sujet pourra arriver au délire par l'inter-

prétation simple des faits (délire d'interprétation hypochondriaque par exemple) ; mais, s'il a le sentiment de la désagrégation, de la dépossession, il va interpréter dans une direction particulière pour arriver, extériorisant ou intériorisant ses sensations et les concrétisant, à la création de corps extérieurs et intérieurs par rapport à lui ; *idées de possession* externe ou interne, *incubes, succubes,* etc. « C'est parce que le sentiment de dépersonnalisation est primitif, dit très heureusement Ceillier, et *dépasse* de beaucoup les phénomènes automatiques, que certains phénomènes qui n'ont rien d'automatique ou qui le sont très peu, sont spontanément reconnus par le sujet, comme étrangers à sa personnalité (troubles cénesthésiques, etc.). »

C. — SYMPTOMES INDIRECTS

Dans ce groupe, je ne tiens pas compte du mécanisme qui déclanche le symptôme, ce mécanisme peut appartenir au groupe précédent et, de ce fait, entraîner l'idée de la dépossession ; mais il peut dépendre d'autres processus, en particulier de l'*interprétation,* de *l'hallucination psycho-sensorielle.* Ce qui importe ici, c'est le *contenu* qui entraîne la *conviction de la dépossession.* C'est parce que le sujet a le sentiment obscur de sa désagrégation psychique que ses interprétations vont se faire dans le sens de la dépossession, et, comme je l'ai dit, par une sorte de choc en retour, le phénomène orienté par le sentiment de la dépossession, apporte avec lui la preuve de cette dépossession.

Considérons : La fuite de la pensée, l'interprétation des actes.

La fuite de la pensée

C'est l'expression qui convient le mieux, me semble-t-il, pour grouper un ensemble de faits très voisins, les uns fréquents, les autres rares, qui traduisent pour le malade le sentiment qu'il est dépossédé de sa pensée la plus intime et indirectement du secret de tous ses actes. Ces différents symptômes ont reçu des noms divers : *écho de la pensée, vol de la pensée, prise de la pensée, commentaires de la pensée, pensée divulguée, écho de la lecture et de l'écriture, énonciation et commentaire des actes,* etc., etc.

Quelques-uns de mes malades ont traduit ce sentiment en phrases pittoresques :

« Mon cerveau est entouré d'un fluide grâce auquel mes perceptions dès qu'elles arrivent sur l'écran du cerveau sont connues, non seulement des gens qui m'entourent, mais en particulier de ma femme qui en est la cause. »

« Ma pensée est mise dans la rue. »

« C'est comme si mes projets étaient sur un écran. »

Une malade qui n'a pas d'écho de la lecture a le *sentiment* qu'on lit en même temps qu'elle.

Envisageons : Interprétations, Echo de la pensée, Enonciation et commentaires des pensées, Enonciation et commentaires des actes.

Interprétations

Ce mécanisme n'a pas été très étudié, je le crois fréquent.

Une malade avait découvert qu'une voisine étalait à sa fenêtre des linges rouges lorsqu'elle allait avoir ses règles, c'est donc qu'on devinait ses plus intimes pensées.

C'est sans doute le plus souvent à ce mécanisme interprétatif, chez des sujets qui seront plus tard des hallucinés, qu'est due la réponse si caractéristique que nous font quelques délirants : « Vous le savez mieux que moi. »

« Je sens qu'on devine ma pensée, dit la malade B., parce que les gens ont l'air de savoir. »

La malade L. voit autour d'elle des policiers qui paraissent savoir ce qu'elle pense et veulent la faire tomber dans un traquenard.

Echo de la pensée

Ce phénomène mérite de retenir l'attention à cause de sa fréquence *du moins dans les certificats,* de sa précocité et enfin de l'importance que lui attribue Clérambault qui en fait la clé de voûte de sa théorie pathogénique.

Un écho, dit Larousse, « est la répétition distincte d'un son » : c'est donc que le son répété, s'il peut être plus ou moins fort, plus ou moins perceptible, ne doit être ni déformé, ni transformé. Si je crie : Vive la France, dans le souterrain du Panthéon et que l'on répète : « la France est un glorieux pays », je rechercherai le facétieux ; or, dussè-je m'attirer la

réprobation générale des aliénistes, je dois déclarer que le *véritable écho de la pensée* est une rareté.

La plupart des certificats venant de l'Infirmerie spéciale avec le diagnostic d'automatisme mental, et ils sont nombreux, enregistrent parmi les symptômes le fameux écho ; or, quand on examine les malades sans idées préconçues on s'aperçoit que nos collègues, pour abréger sans doute, ont appelé souvent écho un des éléments que nous allons envisager, en particulier les *commentaires de la pensée.*

D'après Clérambault, l'*écho de la pensée* pourrait être remplacé par un signe de même ordre : la *pensée devancée* ou *écho anticipé de la pensée :* la pensée du sujet étant formulée verbalement avant même d'être conçue.

Esquirol, à propos d'un de ses malades, écrit : « S'il parle, la voix d'un ange dit d'avance tout ce qu'il va dire ; s'il lit, cette même voix se fait entendre avant qu'il prononce les mots; s'il écrit, les voix lui dictent. »

« Les malades aliénés expliquent ce fait en disant qu'il y a un écho autour d'eux. »

Remarquez que je ne nie point ces phénomènes : je dis que dans leur forme pure ils sont rares.

Le malade L. me dit : « Ce que je pense est répété dans ma tête. Il y a des gens qui pensent tout haut, moi c'est dans ma tête que cela se produit. On m'a travaillé pour extérioriser ma pensée. »

Ces symptômes sont d'ailleurs physiologiquement explicables, si l'on utilise les centres verbaux de Charcot qui, même s'ils n'existent pas anatomiquement, ont néanmoins une existence fonctionnelle.

Normalement donc, nous pensons avec des centres *moteurs* et *auditifs verbaux ;* le *langage intérieur* est *auditivo-moteur.* Une désagrégation peut parfaitement se faire entre les images auditives et motrices exprimant une même idée, d'*où écho,* et dans ce cas, selon que le sujet sera plus moteur ou plus auditif, l'une ou l'autre des images sera plus apparente et de ce fait estompant l'autre paraîtra la première en date. Quand ce sera l'image motrice, le sujet ayant le *sentiment de parler avant de penser,* il y aura *pensée devancée.* « Ma pensée est saisie avant que j'en aie pris connaissance. »

Le mécanisme du simple *écho de la pensée* peut être analogue, le processus morbide ébranlant en même temps pour une même idée des centres verbaux dissociés.

Cela se conçoit très bien, mais, je le répète, cela est rare. J'ai observé plus souvent l'*écho* de la *lecture* et de l'*écriture*. Ici, en effet, l'attention est *fixée*, et, le plus souvent, on lit ou écrit en *articulant mentalement ;* il est facile d'imaginer que le centre auditif verbal, par exemple, fonctionnant en même temps, fera écho. La fixation de l'attention peut, dans un certain sens, gêner un automatisme plus diffus, *libéré dans la pensée simple* et qui s'exprime dans les syndromes suivants.

Enonciation et commentaires des pensées

C'est là, me semble-t-il, le fait le plus important, aussi ainsi que les commentaires des actes le trouve-t-on dans les anciens auteurs. « J'ai connu un malade qui entendait dans son propre cerveau des voix dont les timbres et les tons étaient différents ; ces voix divulguaient, assurait-il, ses pensées tout haut au fur et à mesure qu'elles se formaient dans son esprit. » (Calmeil).

On peut englober sous ce terme les types les plus divers :

a) Divulgation de la pensée

Je demande à la malade V. de penser qu'elle va sortir de l'asile et je lui demande : A-t-on répété votre pensée ? — Oui. — Que vous a-t-on dit ? — Tu penses à sortir de l'asile, mais cela ne se réalisera pas.

b) Pensée erronée

Je fais écrire son nom à une malade. — Je m'appelle Mme Dupont. Pendant qu'elle écrit, elle dit : « Ce n'est pas vrai. » La voix lui avait dit : « Tu t'appelles Mme Durand. »

c) Commentaire vrai de la pensée

Sous une forme quelconque ironique, malveillante, souvent simplement taquine, souvent aussi bienveillante.

Enonciation, écho anticipé et commentaires des actes

Ces symptômes sont aussi fréquents, plus même que les commentaires de la pensée, parce que plus objectifs pour le malade ; les actes sont énoncés souvent même avant d'être exécutés (écho anticipé des actes ou des intentions).

La malade, c'est souvent une femme, n'a plus aucune intimité. Elle a la sensation d'être exposée nue dans la rue. Tous ses actes sont dévoilés, *énoncés,* souvent même avant qu'ils *soient accomplis.* Ce sont des *conseils,* des *critiques,* des *avertissements,* des *reproches,* des *louanges* souvent indiscrètes et grossières.

Les fonctions intimes sont plus particulièrement dévoilées et l'on peut dire que ces indiscrétions portent surtout sur les W.-C., le cabinet de toilette et l'alcôve.

Les malades en concluent qu'on les voit avec des appareils.

Ces phénomènes paraissent aisément explicables. Le malade en état de désagrégation psychique a un subconscient tout prêt à laisser jaillir ses éléments. Il est naturel qu'une idée, qu'un acte exprimant une idée, déclanchent les éléments les plus voisins d'où les commentaires. D'autre part, l'automatisme mental étant, au demeurant, très voisin de l'obsession, on n'est pas surpris de voir surgir du subconscient, conformément à la loi du contraste, les idées susceptibles de choquer au maximum la moralité, la pudeur, etc.

D'après Clérambault, « chez les sujets frustes, l'écho de la pensée est remplacé par l'écho anticipé des actes, les ordres, l'énonciation de gestes, qu'on pourrait appeler les formes pauvres de l'écho ».

Interprétation des actes

Dans ces cas le sujet n'a pas senti que l'acte lui était imposé, mais l'acte accompli il déclare qu'il lui est étranger parce que trop parfait, ou au contraire incorrect, immoral, etc.

Ce n'est d'ailleurs que l'objectivation des phénomènes précédents.

Influence sur autrui

Plusieurs malades croient exercer une influence sur l'ambiance. Le sentiment de leur désagrégation est extériorisé, identifié avec les personnages qui les entourent. D'où la croyance de ces malades à leur pouvoir *involontaire d'ailleurs* d'influence ou d'inhibition.

« Si je tourne la tête j'empêche les gens de faire certains actes. *C'est étrange.* J'influence ainsi les gens autour de moi ; l'autre jour la petite Mirette était immobilisée parce que je tendais la main pour saisir un morceau de pain. »

DEUXIÈME PARTIE

RELATIONS DES ÉLÉMENTS DU SYNDROME DE DÉPOSSESSION AVEC QUELQUES SYNDROMES MENTAUX

J'envisagerai ces relations avec :

la *Représentation mentale*,
l'*Obsession*,
l'*Hallucinose*,
l'*Hallucination*.

a) Représentation mentale

« Il existe un abîme, écrivait Flaubert, entre la représentation mentale des grands artistes et l'hallucination. »

Cette opinion du grand écrivain demeure toujours vraie mais il n'y a pas un abîme entre représentation mentale et obsession, obsession et hallucinose, hallucinose et hallucination ; or, nous allons voir que les éléments du syndrome de dépossession sont intermédiaires à l'hallucination et à l'hallucinose, n'ayant pas l'*extériorité* de la première, n'ayant que temporairement et inconstamment le caractère *neutre* de la deuxième.

Chacun de nous, à l'état normal, avec plus ou moins de netteté, selon sa mentalité et son éducation, peut psychiquement se représenter des tableaux, évoquer des phrases ou des chants, etc. ; ces évocations mentales sont plus intenses, plus rapides dans certains états psycho-névrosiques, ou sous l'influence de la simple fatigue psychique. Il s'agit alors du *mentisme,* assez voisin d'ailleurs de l'obsession.

Chez certains artistes la représentation mentale est si vive qu'elle permet la reproduction sur la toile d'une image, sur le papier, d'un poème ou d'une composition musicale.

Il y a loin de là à la vision imaginaire, à l'hallucination psychique. Ces phénomènes bien qu'automatiques, le sujet a le sentiment qu'ils sont bien à lui, il n'en éprouve, sauf exceptions célèbres, aucun malaise (mentisme de fatigue mis à part), mais au contraire un sentiment de bien-être, de pleine expansion qui n'a rien de morbide.

Le langage intérieur est en somme une représentation mentale, parfois plus ou moins intense et qui se résume dans le terme *endophasie.*

Le Pr Claude voit dans cette endophasie accrue (hyperendophasie) l'élément capital de l'automatisme mental, l'hallucination psychique n'étant au demeurant qu'un langage intérieur d'intensité extrême, *interprété comme dû à une action extérieure.*

Obsession

L'obsession, par son contenu, est très voisine des phénomènes que nous avons étudiés. J'ai insisté déjà sur le caractère de *contraste* de ces phénomènes. J'ai dit comment du subconscient jaillissaient automatiquement idées, images, sentiments, actes, les plus contraires à la mentalité, à la moralité, aux intérêts du sujet ; n'est-ce pas là aussi le fait de l'obsession ?

Mais l'obsédé est un *anxieux,* il lutte contre l'envahisseur, le *dépossédé* assiste surpris et sans défense à l'invasion de son domaine psychique. Enfin l'obsédé *a le sentiment du caractère pathologique* du trouble, le *dépossédé* ne l'a point.

Je pense avec Georges Petit que les obsessions dépourvues de caractère affectif et interprétées, comme dues à une influence étrangère (Kræpelin, Wernicke, Morselli, Friedmann, Séglas, Pitres et Régis), comme l'*idée autochtone* de Wernicke, entrent dans le cadre de la dépossession.

L'obsédé demeure attaché à la vérité par la conscience qu'il a du caractère morbide de son obsession, que ce lien soit rompu et *dépossédé* ou *halluciné*, il pénètrera dans le domaine de l'erreur et presque sûrement deviendra un délirant.

Hallucinose

Selon qu'on lit tel ou tel auteur, l'hallucinose est comprise dans deux sens différents.

1° C'est un phénomène hallucinatoire dont le caractère pathologique est reconnu par le sujet. C'est donc une *obsession sans anxiété.* C'est le type de l'hallucination par lésions cérébrales : tumeurs cérébrales, par exemple.

2° C'est une hallucination que constate simplement le malade, sans l'interpréter, sans délirer.

D'après Clérambault, les éléments de ce que j'appelle *syndrome de dépossession,* fait important pour sa théorie, seraient primitivement du type de l'hallucinose, d'abord *neutres, athématiques,* voire *anidéiques.*

Hallucination

Bien que le mécanisme de l'hallucination soit probablement le même que celui des phénomènes en question, un élément capital les sépare : l'*extériorité* de l'hallucination.

Ce caractère a une importance pratique considérable.

L'hallucination *spatiale* (auditive et visuelle), seule envisagée ici, englobant les perceptions qui renseignent le sujet sur le monde extérieur, va créer *en dehors de lui* un monde imaginaire dont il percevra les maléfices. Les phénomènes du syndrome de dépossession n'intéressent que le *moi ;* leur atteinte, ainsi que l'a montré Séglas, va entraîner le sentiment de la désagrégation psychique. Tandis que l'hallucination va créer la *Psychose hallucinatoire* évocatrice d'une fantasmagorie *extérieure,* le syndrome de dépossession est à la base d'une psychose spéciale que l'on pourrait appeler de *dépossession,* qui est la *Psychose d'influence.*

Les différents éléments que nous venons d'envisager ne sont pas tellement différents les uns des autres qu'ils ne puissent se transformer les uns dans les autres. Je vous ai montré le *Mentisme* intermédiaire en somme à la représentation mentale et à l'obsession, une première forme d'hallucinose voisine de l'obsession, quelques *phénomènes de dépossession,* calqués sur le deuxième type d'hallucinose; la transformation de l'hallucinose en hallucination est presque la règle; la transformation de l'obsession en *phénomènes de dépossession* et en hallucination est loin d'être exceptionnelle.

Séglas et Barat (1913) ont longuement insisté sur le passage successif, chez la même malade, de l'*hallucination vraie* à l'*hallucination psychique,* de celle-ci à la *représentation mentale* consciente *exagérée* (hyperendophasie).

Les mêmes auteurs, tout en insistant sur ces faits, reconnaissent qu'il n'y a pas « transformation graduelle, mais substitution d'une forme à une autre. S'il n'y a qu'une différence de degré entre l'hyperendophasie et le langage intérieur normal, il faut quelque chose de plus pour créer l'hallucination psycho-sensorielle ou psychique ».

Séglas croit à la rareté de la transformation de l'hallucination psychique et de l'endophasie en hallucination vraie. Le fait, dit-il, n'est d'ailleurs pas impossible.

« Des malades intelligents, a écrit Griesinger, nous disent aussi qu'au début c'est seulement quelque chose d'idéal, comme un esprit qui parle en eux, mais que ce n'est que plus tard qu'ils entendent réellement parler. »

Baillarger, Kandinsky apportent des observations analogues. Georges Petit aurait vu la transformation des représentations mentales en pseudo-hallucinations et de ces dernières en hallucinations.

Séglas, dans un cas de délire médiumnimique, a vu l'hallucination psychique se muer en hallucination psycho-sensorielle. Ce fait se rencontre fréquemment chez les aliénés spirites.

Je vous rappelle dès maintenant que classiquement et d'après Magnan, dans le « délire chronique », l'hallucination psycho-sensorielle serait *précoce*, l'hallucination psychique *tardive*.

TROISIÈME PARTIE

RELATIONS DU SYNDROME DE DÉPOSSESSION AVEC LA PSYCHOSE HALLUCINATOIRE CHRONIQUE ET LA PSYCHOSE D'INFLUENCE

La génération de psychiatres actuelle, qui compte nombre d'élèves et de disciples de Magnan, a accepté le schéma du maître divisant le délire de Lasègue-Falret, devenu le délire chronique, en quatre périodes : malaise ou interprétations, hallucinations, idées de grandeur, démence; schéma d'ailleurs rarement réalisé et qui ne nous intéresse que quant à ses deux premières périodes. L'interprétation, d'après Magnan, précède (nous verrons même qu'elle la conditionnerait) l'hallucination. Celle-ci est d'abord psycho-sensorielle, puis tardivement psychique. Le malade est un *délirant* avant d'être un *halluciné*.

Baillarger cependant avait écrit : « lorsque les hallucinations durent pendant longtemps, elles s'accompagnent presque

nécessairement de délire ». C'était donc reconnaître que le *délire est secondaire.* Plus loin : « Les hallucinations ont lieu chez des hommes qui n'ont jamais déliré. » « Quelquefois ce symptôme a lieu longtemps avant que le délire soit manifeste pour ceux qui vivent avec le malade. »

« Il faut donc rechercher la condition première du délire sous toutes ses formes, dans l'indépendance des facultés soustraites à l'action du pouvoir personnel. »

Et Esquirol avant lui : « L'hallucination persiste bien que le délire ait cessé et réciproquement. »

Voici des descriptions antérieures aux descriptions de Magnan, qui apprennent que l'hallucination peut être indépendante du délire et le précède généralement.

C'est mon maître Gilbert Ballet qui, dans ses entretiens au lit du malade à l'Hôtel-Dieu et à l'asile Ste-Anne et dans deux leçons 1912 et 1913, la deuxième seulement publiée, a le premier nettement formulé, à ma connaissance du moins, la théorie de l'*hallucination précédant le délire.* Je cite quelques phrases d'une leçon qui mériterait d'être entièrement reproduite ici.

« L'écho de la pensée me paraît être au point de vue psychologique un phénomène capital, dont les auteurs, qui tous l'ont signalé, n'ont pas, ce me semble, marqué suffisamment la signification et l'importance. Il témoigne, en effet, de la désagrégation de la personnalité qui, comme je l'ai dit, est le trait essentiel de la psychose hallucinatoire chronique et suffit à le différencier, par exemple, de la psychose interprétative chronique où la personnalité n'est pas atteinte.

On considère du point de vue symptomatique que ce sont les idées de persécution qui donnent à l'affection sa physionomie propre. J'estime que c'est une erreur. Il y a des psychoses hallucinatoires chroniques dans lesquelles les idées de persécution n'apparaissent que très tardivement. Il y en a peut-être où elles n'apparaissent jamais.

Les hallucinations ont une toute autre importance...

Mais les hallucinations supposent déjà que la personnalité est désagrégée, elles constituent une manifestation de cette désagrégation ; à tout prendre, elles ne se différencient pas, au fond, du phénomène de l'écho de la pensée dont je viens de vous parler.

Désagrégation de la personnalité et comme conséquence de cette désagrégation, phénomène de l'écho de la pensée et

hallucinations, voilà ce qu'on retrouve à la base de toute psychose hallucinatoire chronique, les idées délirantes de persécution et de grandeur, quelque fréquentes qu'elles soient, ne sont que secondaires et contingentes.

L'idée de persécution n'est qu'un phénomène psychologiquement secondaire dans la psychose hallucinatoire chronique.

On a dit qu'il existait déjà en puissance dès la première période de la maladie, la période d'inquiétude. C'est vrai dans la psychose interprétative chronique, c'est, je crois, moins vrai dans la psychose hallucinatoire.

Ici la première période de l'affection est caractérisée par un malaise qui correspond au début du processus de désagrégation : « Malaise intellectuel », dit Lasègue. — « Ces malades, dit justement Magnan, pourraient être pris pour des hypocondriaques. »

Ayant exposé l'opinion de mon Maître, je manquerais à un devoir de justice de ne point rappeler que Clérambault s'est fait le défenseur d'une théorie analogue qui le conduit à des déductions pathogéniques importantes.

Comme Gilbert Ballet, Clérambault, dans la Psychose hallucinatoire, met au premier plan la désagrégation psychique. C'est cette désagrégation qui correspond à la première période de malaise, d'inquiétude ou hypocondriaque, etc., de Magnan. C'est à cette période que rapidement va apparaître ce qu'il appelle *petit automatisme mental,* ou *syndrome de dissidence* ou d'*interférence* ou de *passivité* et qui est le *noyau* de la psychose. Ce noyau (*automatisme basal ou nucléaire*) est surtout composé des éléments suivants: les échos, les non-sens, les paresthésies de tout ordre, les phénomènes psycho-moteurs et les inhibitions de tous genres.

Le *petit automatisme mental,* syndrome de Clérambault, apparaît chez le sujet comme un accident parasitaire. Il n'a d'abord *aucun contenu thématique, affectif;* il n'est donc pas délirant. Il pourra chez un *non-prédisposé* demeurer à ce stade *hallucinosique.*

Quand le délire survient, il est une *superstructure,* quelque chose de surajouté résultant d'un des mécanismes suivants :

a) Prédispositions constitutionnelles :

1° imaginative, délire mégalomaniaque, mystique, etc.

2° dépressive, délire mélancolique, hypocondriaque, etc.

3° paranoïaque, une variété du délire de Magnan.

Ici la *première période peut être délirante,* le noyau basal est une *coïncidence.*

b) Réaction interprétative.

C'est un processus normal. L'interprétation est l'explication des phénomènes morbides.

c) Réaction d'agacement résultant des phénomènes qui réalisent souvent pour le patient un véritable supplice.

L'orientation du délire variera, vous l'avez vu, selon la constitution primitive, elle pourra aussi tenir à la *nature* des éléments jaillis du subconscient.

Un grand nombre de ces malades, satisfaits de leurs phénomènes morbides, vivent agréablement avec eux et ne deviennent jamais des persécutés.

⁂

La *psychose d'influence* de Séglas correspond à la forme la plus pure d'une Psychose de dépossession ; c'est le syndrome plus son interprétation. C'est la psychose hallucinatoire moins les hallucinations psycho-sensorielles spatiales. Je n'en dirai rien et renvoie aux thèses de Lévy-Darras et de Ceillier.

Conclusions

Les signes de la désagrégation psychique premières manifestations de la psychose d'influence sont également la base de la psychose hallucinatoire chronique. La nature particulière de chaque groupe de phénomènes (dépossession ou hallucination) explique la différence des psychoses. Dans les deux cas, le délire est secondaire, explicatif et le *roman délirant,* sans intérêt, varie surtout avec le fonds mental et les conditions extérieures.

QUATRIÈME PARTIE

PATHOGÉNIE DU SYNDROME DE DÉPOSSESSION

Cette étude est la partie la plus importante de ce rapport parce que la plus litigieuse. Les théories soulevées rappellent celles qui furent émises lors des célèbres discussions du siècle dernier sur la pathogénie des hallucinations. De ces dernières, je ne parlerai qu'incidemment, mais les questions, il faut l'avouer, sont communes.

Chaque fois qu'une discussion de pathogénie sépare les psychiatres, on peut être sûr de retrouver, sous des formes mises au goût du jour, les opinions qui opposèrent les *spiritualistes* aux *matérialistes*.

L'hallucination n'a pas échappé à cette règle et l'automatisme mental qui l'englobe d'ailleurs ne pouvait pas l'éviter.

Si bien que, sous quelque rubrique que l'on envisage les théories soutenues, avec les tempéraments qu'y apportent les conceptions modernes, c'est la vieille querelle d'idées qui renaît sous des formes nouvelles.

Les théories qui essaient d'expliquer les phénomènes d'automatisme mental peuvent donc être divisées en :

Théories psychologiques.

Théories organicistes.

Avant de les passer rapidement en revue une remarque s'impose.

Les *théories psychologiques* ont beau jeu, n'étudiant que des phénomènes de l'esprit, au moyen de déductions purement spirituelles, elles imposent aux faits les cadres de nos conceptions habituelles, elles n'*exigent aucune preuve* et de ce fait sont simples, peut-être trop simples. D'autre part, elles ne sont que des explications et rien de plus.

Les *théories organicistes* en prétendant être basées sur des notions anatomo-physiologiques précises *doivent apporter des preuves,* sans quoi elles ne sont pas.

Or, dans le conflit d'idées que révèlent les discussions sur l'automatisme mental, les psychologues apportent des théories intéressantes, séduisantes, mais qui, par définition, ne comportent pas de preuves ; les autres, à des théories non moins séduisantes, n'apportent encore aucune des preuves exigibles.

Théories psychologiques

Toutes sont inspirées de l'œuvre de Pierre Janet, vulgarisée par Grasset ; œuvre trop connue pour que j'y insiste.

La libération des divers automatismes se produit grâce au fléchissement de la conscience volontaire, grâce à la baisse de la tension psychique. Le polygone (Grasset) a envahi le centre défaillant.

C'est la même idée que reprend Séglas, cité d'après Ceillier. « Il constate que les symptômes moteurs (impulsions ou inhibitions) traduisent une atteinte profonde de la volonté. Il constate que les symptômes intellectuels sont justiciables d'un trouble de l'attention — qui n'est qu'une manière d'être de la volonté appliquée aux phénomènes d'idéation et ne font que mettre en lumière le fonctionnement défectueux de la *synthèse mentale,* qui est la base de toutes nos opérations intellectuelles, volontaires et conscientes. Il constate chez ses hallucinés moteurs un état de *désagrégation psychique* qui correspond à ces différents symptômes. »

Cette interprétation est certainement vraie, mais j'avoue qu'elle ne me donne pas entière satisfaction. Qu'il y ait un « fonctionnement défectueux de la synthèse mentale », cela ne fait de doute pour personne, mais pourquoi ce fonctionnement défectueux conduit-il quelques-uns au sentiment d'automatisme bien mis en relief par Séglas lui-même ?

Ceillier croit avoir trouvé une explication en faisant intervenir l'*affectivité*. Certains des états psychiques enfouis dans le subconscient ne nous ont pas intéressés et Ceillier de citer son année de service militaire. Ils reviendront donc à la conscience du malade comme sans intérêt pour lui, sans *appropriation* et de ce fait leur sembleront étrangers. « Ce n'est pas parce que certains phénomènes sont automatiques qu'ils sont neutres, mais c'est parce qu'ils sont neutres, incolores au point de vue affectif, qu'ils paraissent étrangers à la personnalité du malade. »

Cette *discordance affective* qui conditionnerait le caractère d'étrangeté pourrait d'après Ceillier être envisagée sous un angle opposé. Certains *sentiments passionnés* accidentels hors de proportion avec nos sentiments habituels, lorsque nous les évoquons plus tard nous font sourire et nous nous demandons comment nous avons pu nous y intéresser « et ils sont presque plus étrangers à leur aventure que l'écrivain qui se substitue à son héros imaginaire ».

Ce qui différencierait l'homme normal de l'obsédé ou de l'influencé, c'est « chez l'homme normal, discordance dans le temps, entre deux périodes de sa vie d'inégale ou de contraire tonalité affective. Chez l'obsédé ou l'influencé, discordance rapprochée ou simultanée entre deux états affectifs qui tendent à s'exclure. Discordance parfois entre deux états affectifs également conscients, et parfois entre deux états dont l'un est refoulé (car on ne peut vraiment pas parler d'état affectif inconscient) et dont l'autre domine la conscience... Le premier traduit souvent les tendances affectives profondes, l'autre une attitude voulue, une contrainte. Lutte entre ce que l'individu est et ce qu'il voudrait être. Lutte qui, chez certains, se traduit par le triomphe des tendances, chez d'autres, par le triomphe de la volonté, chez d'autres, par la lutte anxieuse et l'obsession, chez d'autres enfin, par le *reniement* d'un groupe de tendances et le sentiment d'automatisme ». Ceillier fait d'ailleurs intervenir aussi les troubles de la volonté.

Cette théorie est certes ingénieuse, mais je ne crois pas que ce soit encore là « une des clés du mystère ».

Par contre, quand Ceillier parle de *constitution spéciale*, je suis tout à fait d'accord avec lui ; je reviendrai sur ce point en terminant.

Le P[r] Claude, au cours de ses leçons et dans plusieurs articles, a insisté justement sur la relative rareté des hallucinations psycho-sensorielles qui doivent être détrônées au profit de l'Automatisme mental (hallucinations psychiques, psychomotrices, etc.). Cette opinion a été soutenue également par Mignard, par Quercy.

« Le plus souvent, l'hallucination n'est pas une perception sensorielle, mais la représentation mentale d'une perception sensorielle, sensitive ou d'un trouble cénesthésique qui ne répond pas à la réalité, mais est extériorisé, c'est-à-dire considéré comme le résultat d'une *action extérieure* étrangère au sujet.

« Dans une leçon du 11 décembre 1923, j'avais déjà exprimé les idées tendant à expliquer les phénomènes de prise de la pensée, d'écho de la pensée, d'influence physique, mécanique des perceptions extérieures.

« Tous ces faits me paraissent étroitement liés à des phénomènes d'automatisme mental, de verbigération intérieure, d'hyperendophasie (Séglas).

« C'est l'exagération du langage intérieur que tant de sujets

présentent sans s'en rendre compte quand ils « pensent tout haut ».

« Peu à peu, sous l'influence d'un processus imaginatif, interprétatif, apparaît une tendance à l'extériorisation de la pensée sous la forme sensorielle, cénesthésique... C'est ainsi que prend naissance le *syndrome d'action extérieure,* dont j'ai souvent parlé et qui me paraît le mieux caractériser ces divers troubles ».

Le syndrome *d'action extérieur* est certes une notion des plus intéressantes qui englobe dans une vue d'ensemble : Psychose hallucinatoire chronique, Psychose d'influence et Délire d'interprétation ; mais c'est une *interprétation relativement tardive.* L'hyperendophasie suffit-elle à servir de base à cette interprétation ? Je ne crois pas que l'*hyperendophasie* simple puisse être cette base. Il faut, en plus, la rupture du moi, la félure entre le moi conscient et la voix psychique désagrégée ; cette félure résulte-t-elle d'une simple interprétation sur une représentation mentale normale seulement accrue ?

Théories organicistes

Toutes ces théories ont pour caractère commun la croyance en un trouble cérébral organique direct ou indirect dont les manifestations psychiques de l'automatisme sont le résultat.

Je retiendrai quatre théories que je résumerai sans tenir compte de l'ordre chronologique :

a) Théorie de la pensée organique (Hesnard).
b) Théorie de la Subduction mentale morbide (Mignard).
c) Théorie de la cénestopathie dystonique (Guiraud).
d) Théorie de Clérambault.

La folie pensée organique (Hesnard 1921-1923)

Hesnard envisage la plupart des phénomènes névrosiques et psychosiques comme résultant de troubles humoraux agissant sur le système neuro-végétatif-cénesthésique. Ce système est la source de notre affectivité. Sa perturbation apportera donc un trouble profond de l'affectivité, sous forme d'afflux extra-physiologiques. Cette néo-affectivité se manifestera par des tendances, par des émotions qui tendent à s'*intellectualiser* le plus souvent sous la forme *symbolique.*

Cette théorie est certainement vraie quant à l'importance des facteurs cénesthésiques et affectifs, mais en l'espèce, elle ne me paraît pas expliquer assez nettement les problèmes qui nous occupent, et, en particulier, la notion de dépossession.

L'emprise organo-psychique, la subduction mentale (Mignard 1922-1925)

Mignard oppose à l'*auto-conduction* normale décrite avec Toulouse, où le sujet règle ses fonctions psychiques et les dirige, à la *subduction mentale morbide,* où les fonctions émancipées dirigent le psychisme. Selon l'heureuse expression de Guiraud « c'est en somme la dictature du prolétariat nerveux sur le psychisme qui devrait normalement commander ».

Il y a émancipation, d'après Mignard, de mécanismes neurologiques plus ou moins complexes : 1° Voies de la sensibilité intérieure régissant la cénesthésie ; 2° centres moteurs du langage ; 3° centres régulateurs des attitudes posturales, troublées dans leur activité en plus ou en moins. Ces libérations agissant comme « *inducteurs des troubles de la pensée* », provoquent l'état d'emprise, le sentiment d'influence.

Cette théorie séduisante aurait besoin d'être étayée par des preuves anatomiques. Combien de parkinsonniens, de trembleurs n'attribuent pas à autrui leurs infirmités.

La Cénestopathie dystonique (Guiraud 1925)

C'est une théorie histophysiologique. Les phénomènes psychologiques se passent dans des neurones réunis par des synapses, l'influx nerveux dans chaque neurone pourrait être mesuré par la *chronaxie* (Lapicque). La transmission n'est possible de neurone à neurone qu'à la condition que la chronaxie n'en soit pas très différente, le rapport de un à deux rend la transmission impossible.

L'excitation pathologique des neurones produit un état *cénesthésique pénible,* un état d'inquiétude subconscient, mais « si la chronaxie de ces neurones est diffrente de celle de l'ensemble des neurones terminaux (kinesthésiques et végétatifs), dont la synergie, l'activité syntone, produit l'impression continue du moi, il y aura défaut d'accord entre les neurones et, par conséquent, défaut d'intégration à la personnalité de la sensation pénible parasite, de l'inquiétude pathologique.

L'ensemble des neurones qui *donne le moi continu* ne reconnaîtra plus le ton des neurones discordants, véritable fausse note, de même qu'on ne reconnaît plus une voix enrouée qui a perdu son timbre familier ».

La théorie de M. Guiraud a cela de commun avec les théories psychogènes qu'elle ne saurait être démontrée, elle se rapproche, comme nous le verrons, par certains côtés, de la théorie de Clérambault.

Théorie de Clérambault

Le point de départ de cette originale théorie est une constatation clinique sur laquelle j'ai insisté déjà : *la précocité des phénomènes de désagrégation dans l'évolution des psychoses dites hallucinatoires.* Ce n'est donc pas l'idée délirante qui crée les phénomènes dits hallucinatoires (j'entends par là l'ensemble de l'automatisme), mais ces phénomènes qui induisent le délire. Il n'est donc pas illogique d'admettre que les symptômes premiers en date *peuvent avoir* une origine organique.

L'écho de la pensée pour Clérambault se présente comme un phénomène neurologique, comme une *double sensation.* J'ai dit mon sentiment sur le caractère et la fréquence de cet écho.

Le caractère *anidéique, athématique* et *neutre* de certains éléments précoces indiquerait que ces éléments sont jetés comme au hasard dans la conscience du sujet, obéissant à ce déterminisme aveugle que représentent les processus organiques.

La théorie de Clérambault n'est pas entièrement contenue dans ses écrits « n'est pas seulement écrite en caractères d'imprimerie », il la développe volontiers aux assistants de ses examens et de ses leçons. Je crois que cette pensée n'a pas été suffisamment comprise par certains de ceux qui l'ont combattue.

J'ai cru devoir en demander l'exposé succinct à mon ami Heuyer qui est un des protagonistes des idées de Clérambault. Je le remercie du texte qu'il a bien voulu me remettre et que je reproduis *in-extenso.*

« L'A. M. est une *séquelle lointaine d'infections aiguës oubliées* ou même passées inaperçues : diphtérie, fièvre typhoïde, encéphalite épidémique, grippe, troubles puerpé-

raux, syphilis ayant évolué sans P. G. et sans foyers. Il peut être aussi le résultat d'une intoxication chronique, soit exogène (alcool, café), soit endogène (troubles endocriniens, spécialement basedowisme, ménopause naturelle ou chirurgicale). Le traumatisme même peut être soupçonné dans certains cas.

« Le processus hallucinatoire est une séquelle tardive et subtile, résultat d'électivités insidieuses et systématiques. L'attaque subie par les cellules est *subtile* et *systématique* parce qu'elles sont frappées à un âge avancé et après une longue période préparatoire. Les cellules nerveuses se défendent d'autant mieux que l'organisme est plus âgé (Loi de l'âge).

« Les cellules nerveuses se défendent d'autant plus complètement que l'attaque à repousser est plus lente (Loi de la Massivité). La période de latence entre l'infection et la psychose est, avec l'âge et indépendamment de l'âge, un facteur de systématisation (Loi de la latence). Rapidité d'invasion et massivité vont de pair.

« La vulnérabilité d'une cellule est fonction :

« 1° de sa valeur hiérarchique ;

« 2° de causes structurales contingentes sans liaison avec sa fonction : rapports de voisinage, situation due au développement embryologique, vascularisation spéciale, quelquefois simple coudure vasculaire.

« *A quel étage* siègent les systèmes affectés par l'automatisme ? Aucune région ne semble devoir actuellement être exclue. Des hallucinations psycho-motrices verbales chez des P. G. ont eu pour origine une lésion du pied de F_3 (Sérieux). Des troubles sensitifs peuvent siéger dans les couches optiques (Ritti), des troubles moteurs dans le corps strié. Chez des trépanés, l'électrisation rolandique a pu produire l'illusion des mouvements entièrement volontaires (Cushing).

« Les localisations anatomiques sont peut-être grossières. Peut-être y a-t-il seulement *altérations qualitatives de cellules et tractus multiples* avec *troubles de transmission* (diminution du nombre des transmissions, manques et détours dans la série des transmissions).

« *La solidarité du triple automatisme :* moteur, sensitif et idéo-verbal, s'explique sans doute par des identités structurales constituant des causes communes d'appel, l'identité des structures due à l'équivalence des fonctions et à l'égalité des grades, engendre une réceptivité commune. Mais la même structure peut se rencontrer fortuitement dans des neurones

très différents par la fonction et le grade. De plus, la réceptivité commune peut exister pour tel réactif et point pour tel autre. Les toxiques font une sélection d'imprégnations histologiques que d'autres ne font pas (Exemple : les sensations ponctiformes du tact et de la vision provoquées par la cocaïne et le chloral). Enfin la simple contiguité entre deux tractus peut expliquer la solidarité morbide en cas de trouble vasculaire et autre. Donc explication par :

« 1° identité structurale logique ; 2° identité fortuite ; 3° trouble vasculaire ou autre. L'association des hallucinations s'explique par des causes organiques et non par l'idéogenèse ».

CRITIQUE

La critique de la théorie de Clérambault vient d'être faite par Ceillier. Je ne reprendrai pas tous ses arguments ; un certain nombre ont été soutenus depuis longtemps par différents auteurs et par moi-même, ces arguments, je les envisagerai plus loin ; quelques-unes des critiques de Ceillier ne me paraissent pas fondées parce que portant sur des opinions qui ne résultent pas nettement de la lecture des publications critiquées et qui en tout cas n'ont jamais été défendues, oralement par Clérambault.

J'ai le sentiment, j'ai peut-être à mon tour mal compris mon collègue, que Ceillier fait dire à Clérambault que la lésion *élabore* la pensée ; à Heuyer que le cerveau malade *crée* de la pensée et cela d'une façon *purement mécanique*.

La phrase « Le Cerveau moud de la pensée », que je trouve très heureuse quant à moi, répond à cette critique injustifiée; je ne sache pas que le moulin produise de la farine si on ne l'a pas entretenu en blé. Le cerveau est imprégné de pensée, la lésion qui l'atteint ne peut se traduire que par des pensées qu'elle libère comme la mouture libère la farine de la cuticule du blé.

L'expression syndrome *basal* ou *nucléaire* ne signifie pas dans la pensée de Clérambault que les phénomènes sont localisés dans les *noyaux de la base,* mais que le syndrome est à la base du délire, qu'il est le noyau autour duquel le délire cristallisera. Clérambault ne rejette pas d'ailleurs la localisation possible des lésions dans le mésocéphale. Est-ce là parler d'un *double cerveau ?* L'encéphalite épidémique ne nous

a-t-elle pas appris que tous les troubles psychiques ne sont pas corticaux (recherches et articles de Jean Camus, leçon inédite du Pr Claude, observations de Claude et Quercy, Naville, Chiray et Lafourcade, etc.).

La critique de ces critiques exécutée, je suis plus à l'aise pour critiquer à mon tour une théorie à laquelle le plus gros reproche que l'on peut faire, c'est que le terrain sur lequel elle se place exige des preuves et que ces preuves elle ne les a pas encore apportées.

Les éléments qui servent de base à la théorie ne me donnent pas entière satisfaction.

J'ai dit mon opinion sur la rareté relative de l'écho *réel* de la pensée, je ne puis le concevoir comme un signe neurologique.

Les éléments anidéiques, athématiques et neutres ne sont pas des preuves irréfutables de l'existence de lésions. A l'état physiologique, ils sont constants, nous sommes surpris par des mots, des phrases indifférentes qui nous viennent à l'esprit ; toute la distraction, les actes manqués, etc., sont la démonstration de cette opinion.

La combinaison des hallucinations, en dehors d'un processus intellectuel et affectif (*finalité interne* de Séglas), par un processus purement organique, attend sa démonstration.

Certaines constatations sont, à mon sens, des arguments contre les théories organicistes, je les ai moi-même développées dans mes leçons à l'asile Sainte-Anne (clinique du Pr Claude) : mars, novembre, décembre 1926.

Ce sont :

1° l'identité de l'automatisme mental normal et du pathologique ;

2° l'identité et, en tout cas, la transformation de l'automatisme sub-normal en automatisme pathologique;

3° le passage de l'obsession à la dépossession, des états dits psychasthéniques aux psychoses d'influence.

1° Identité de l'automatisme mental et du pathologique

Cette notion n'a pas besoin d'être développée. Les éléments de l'automatisme mental pathologique sont empruntés à l'automatisme physiologique ; mais elle n'est pas la condamna-

tion absolue d'un certain organicisme, admis comme nous le verrons par tous ; la lésion peut parfaitement agir sur les centres pour déclancher un automatisme qui n'est pathologique que parce qu'insolite.

2° Identité et en tout cas transformation de l'automatisme sub-normal en automatisme pathologique

Les phénomènes sub-normaux de Pierre Janet, de Grasset comprennent un certain nombre de faits sur lesquels je ne veux pas insister ici : cumberlandisme, cristallomancie, *spiritisme* et qui indiquent une *tendance congénitale à la désagrégation.* Il s'agit probablement dans ces cas de pithiatisme. Ainsi que je l'ai indiqué, l'*automatisme pithiatique* mérite une place particulière ; c'est un *automatisme subconscient* mais c'est de l'automatisme quand même ; or, jusqu'à ces derniers temps le pithiatisme a été considéré comme de nature purement fonctionnelle.

Après de nombreux auteurs, j'ai montré dans diverses publications, faites en partie sous la direction de Gilbert Ballet, que les manifestations dites sub-normales qui constituent la « *transe* » passagère du spirite, peuvent en quelque sorte se cristalliser pour devenir de l'automatisme pathologique durable.

C'est là, à mon sens, un argument important auquel d'ailleurs Clérambault ne s'arrête pas, ne consacrant incidemment que quelques mots à ces faits.

Heuyer ne paraît plus admettre le caractère *fonctionnel* du pithiatisme:

« De la période où l'on étudiait l'hystérie, où l'on décrivait les folies hystériques, il reste le souvenir d'une réthorique éloquente et d'une littérature pittoresque. L'encéphalite épidémique a fait plus en deux ans pour rétrécir le domaine trop cultivé de l'hystérie que les discussions interminables entre l'Ecole de la Salpêtrière et l'Ecole de Nancy. » Quelque intéressants que soient les travaux auxquels fait allusion mon ami Heuyer, on ne peut encore affirmer que toutes les manifestations hystériques sont d'origine organique.

3° Passage de l'obsession à la dépossession

Les cas de cet ordre sont déjà nombreux, je ne veux pas les rappeler. J'ai consacré, l'an dernier, une leçon à ce sujet. L'argument me paraît important contre la thèse organiciste.

Où l'on admet que l'obsession, elle aussi, est organique, ce qui paraît un peu gros, où l'on est obligé de conclure, comme le fit Heuyer, dans un cas, que pour passer de l'obsession à l'idée d'influence, il a fallu un élément organique surajouté ; mais cela il faudrait d'abord le démontrer.

Ce que nous demandons aux théories organicistes, c'est de nous apporter des preuves anatomiques; jusqu'à présent, elles ne l'ont point fait. Y parviendront-elles un jour ? Le nier *a priori* me paraît anti-scientifique ; mais il faut bien avouer que, jusqu'à ce jour, dans cet ordre d'idées, ses protagonistes n'ont encore rien apporté de probant.

Les organicistes, en réalité, basent leur argumentation sur des *analogies*. C'est un mode de raisonnement qui n'*est pas sans valeur*.

Heuyer cite quelques cas d'épilepsie et de nombreux cas de tumeurs cérébrales. Dans ces cas, il s'agit, le plus souvent, d'hallucinations psycho-sensorielles et souvent de simples hallucinoses. Ces faits, connus depuis longtemps, n'entraînent pas la conviction dans le sens où le voudrait Heuyer.

L'automatisme mental des maniaques, des mélancoliques, n'est pas plus probant. Il faudrait prouver d'abord que la manie-mélancolique dépend de facteurs organiques.

Quant à l'alcoolisme, son rôle a-t-il été *déterminant* dans les cas d'Automatisme mental transitoire des alcooliques ? L'alcool n'agit-il pas sur des prédisposés ?

La syphilis serait le plus puissant des arguments si l'on pouvait invoquer l'action thérapeutique. Certes, les cas sont nombreux où il y a *coïncidence* de syphilis et d'automatisme mental, mais la syphilis n'est pas une rareté, l'automatisme non plus. Les cas où les symptômes ont paru régresser sous l'influence des traitements sont rares et non absolument démonstratifs (un cas intéressant d'Heuyer).

D'ailleurs, quand bien même il y aurait action évidente du facteur organique, cela ne signifierait pas que ce facteur a eu une action déterminante *élective* sur les symptômes envisagés.

Au cours d'une leçon sur « syphilis et automatisme mental », faite en janvier dernier, je disais : « L'action de la

lésion peut parfaitement être indirecte, faisant baisser la tension psychologique au sens de Janet, libérant de ce fait les éléments de l'automatisme. »

Une opinion voisine est formulée par Ceillier dans les termes suivants :

« Elles (les causes organiques) agiraient alors, selon moi, beaucoup moins par l'exaltation de l'automatisme que par la gêne apportée à la coordination psychique, donc la conséquence est la tendance à la désappropriation personnelle. Or, il est certain que des troubles psychologiques transitoires peuvent altérer cette fonction de coordination psychique qui apparaît comme délicate, fragile et particulièrement vulnérable. »

Les deux observations si intéressantes du Pr Claude où, au cours de l'hypertension intracranienne, on voit les phénomènes hallucinatoires disparaître plusieurs fois sous l'influence de la rachicenthèse, peuvent s'interpréter de la même façon : « l'automatisme mental mis en branle par l'hypertension intracranienne existait à l'état latent. Il était prêt à se manifester depuis longtemps par suite d'un *refoulement affectif de date ancienne* ».

Conclusions pathogéniques

En résumé, les *théories psychologiques* ne comportent pas de preuves, les théories organicistes n'en ont pas apporté d'éclatantes.

Un facteur dont je n'ai pas encore parlé et qu'il convient de rappeler ici pourra peut-être concilier en partie les opinions : la *prédisposition.*

Je crois que ne fait pas qui veut des hallucinations, des phénomènes légitimes d'automatisme mental. Il faut pour cela une *constitution particulière* que peuvent favoriser certaines pratiques.

En 1910, dans mon article : *Spiritisme et folie,* j'indiquais comme méthode prophylactique : « Lutter contre la tendance à l'automatisme ». Cette tendance, je l'ai placée, avec le Pr Claude (maladies du système nerveux, article psycho-névroses) à la base de toutes les manifestations ressortissant à l'automatisme. Dans mon *Précis de Psychiatrie* (1926), je décris un groupe de constitutions automatiques ou par désagrégation mentale.

« A ce groupe participent tous ceux chez lesquels le subconscient intervient avec une intensité particulière, les distraits, les rêveurs, les imaginatifs, les individus à représentations vives objectivées, presque hallucinatoires et aussi un certain nombre d'impulsifs. »

Ceillier développe une idée sensiblement analogue : « Certains sujets me paraissent prédisposés en vertu d'une constitution spéciale dont on trouverait les éléments dans une certaine débilité de l'intelligence et surtout de la volonté ; dans une grande suggestibilité, dans un besoin de direction et accessoirement dans un certain éréthisme de l'imagination reproductive. »

Certaines situations, certaines pratiques, ai-je dit, sont susceptibles, chez des prédisposés, de déclancher l'automatisme mental ; je ne reviendrai pas sur le *spiritisme*.

Cette notion, d'ailleurs, les anciens auteurs la possédaient parfaitement.

« Les hallucinations peuvent être encore des effets de la répétition volontaire ou forcée des mêmes mouvements du cerveau souvent et incessamment répétés pour acquérir quelques connaissances ou pour approfondir quelque sujet, comme on en trouve beaucoup d'exemples dans la vie des hommes contemplatifs » (Esquirol).

La *prédisposition* me paraît donc indéniable et, contrairement à Magnan, je crois, avec Gilbert Ballet, que les malades qui nous occupent ont souvent une hérédité chargée que l'on dépisterait par des enquêtes minutieuses.

J'ai trouvé une hérédité anormale chez deux des malades où l'automatisme semblait de nature syphilitique : deux sœurs internées, dans l'observation de Laignel-Lavastine et Pierre Kahn, un père interné (il est vrai pour alcoolisme) dans l'observation de Heuyer et Sizaret.

Chez ces mêmes organiques, j'ai rencontré parfois dans le passé des éléments d'ordre vésanique. Sur les trois malades *dépossédés* présentés à ma leçon précitée et qui étaient porteurs de symptômes de syphilis cérébrale, l'un d'eux « fréquentait autrefois un hypnotiseur et faisait de l'hypnotisme sur sa femme ». Un autre, en 1914, sous l'influence de la fatigue de la guerre, entendit *en lui-même* la voix d'un uhlan qui lui criait : charge, charge.

Une constitution spéciale pouvant être révélee par des facteurs d'ordre psychologique me paraît une opinion défendable.

Les théories sont-elles d'ailleurs si opposées ? Oui, si on les prend dans leurs extrêmes acceptions ; non, si l'on fait état des concessions que leurs protagonistes sont obligés de consentir. Les organicistes, en effet, admettent avec Clérambault que le trouble qui conditionne l'automatisme mental peut être de nature dynamique.

D'autre part, parmi les défenseurs des théories psychogènes, aucun, même le plus spiritualiste, ne soutiendra l'indépendance de l'âme et du corps. Même si l'on n'admet pas que le *cerveau moud des idées,* ou qu'il sécrète la pensée comme le foie la bile, on ne songera pas à nier que la cellule cérébrale intervient dans le mécanisme de la pensée.

Ce n'était pas que je sache un matérialiste celui qui écrivait : « Il arrive quelquefois dans les personnes qui ont les esprits animaux fort agités par des jeûnes, par des veilles, par quelque fièvre chaude ou par quelque passion violente, que ces esprits remuent les fibres intérieures de leur cerveau avec autant de force que les objets extérieurs, de sorte que ces personnes sentent ce qu'elles ne devraient qu'imaginer » (Malebranche).

La cellule cérébrale est indispensable au mécanisme de la pensée et toute théorie idéogène est avant tout une *théorie cellulaire.*

Je sais bien que Ceillier cite un nombre impressionnant de psychologues qui admettent la « pensée sans images », c'est là un domaine qui ne m'est point familier et sur lequel je ne le suivrai pas, préférant demeurer sur un terrain plus solide, pour moi du moins. Jusqu'à preuve du contraire (?), j'admets qu'il y a des images et des cellules pour les contenir, — ce qui ne veut pas dire que toute pensée consiste seulement à « contempler des images ».

L'un de ceux-là même que les partisans des théories psychogènes revendiquent comme leur appartenant, Magnan, s'il fait, comme on l'a dit, dériver l'hallucination de l'idée, parle lui aussi un langage *physiologique ;* acceptant les théories de Tamburini, il conclut : « L'hallucination a pour siège le centre perceptif cortical, elle est causée par un état d'excitation, une sorte d'éréthisme de ce centre, quand cet éréthisme est suffisant, la décharge a lieu, l'image tonale surgit comme si elle était provoquée par une impression périphérique et elle retentit sur les centres supérieurs avec tous les caractères des sensations normales. D'autres fois, c'est la région antérieure

qui finit par éveiller, dans le centre perceptif, l'hallucination ; c'est en sens inverse que se produit alors le phénomène et *une pensée tenace continue toujours, la même exerce à son tour une action puissante sur le centre cortical et appelle l'image ; celle-ci surgit enfin, mais son apparition est alors secondaire.* »

La même idée est exprimée plus loin :

« Puis l'idée constante d'une persécution, la tension incessante de l'intelligence finissent par éveiller le signe représentatif de la pensée, l'image tonale, c'est-à-dire le mot, l'hallucination auditive se produit, la barrière est alors franchie et le malade entre dans la seconde phase. »

Si l'on prend ce texte à la lettre, c'est l'idée qui crée l'hallucination. Cela ne satisfait point l'esprit. Mais si l'on admet une *prédisposition tératologique cellulaire* (1), rien de surprenant de voir « la tension incessante » exagérer ou révéler cet état anormal ; bien plus, « l'idée constante d'une persécution », grâce aux facteurs émotifs qu'elle met en jeu, peut parfaitement troubler le *dynamisme cellulaire* dans le sens de la désagrégation.

Nous pouvons imaginer, à l'état normal, la pensée sous toutes ses modalités contenue dans la cellule où va la puiser la volonté consciente. Dans certains états physiologiques comme le rêve, elle s'évade spontanément.

Chez quelques prédisposés, imaginatifs, rêveurs, elle fuit plus aisément encore et la Muse du poète n'est en somme qu'un automatisme d'imagination.

De ces états physiologiques exceptionnels aux états sub ou supra-normaux, mystiques, spirites, etc., y a-t-il autre chose que des facteurs quantitatifs ? Je ne le crois point. Entre les supra-normaux et les dépossédés, la transformation est un fait tangible.

Je ne dirai donc pas que l'hallucination psychique est une hyperendophasie seulement interprétée, mais l'interprétation d'une hyperendophasie anormale *quantitativement* et *qualitativement* parce qu'évadée anormalement de cellules tératologiques.

Voici donc une cellule qui a été *labilisée, perméabilisée* par l'*hérédité,* rendue plus labile, plus perméable par certains fac-

(1) Cette expression n'est, dans ma pensée, que la traduction en langage histologique de la conception d'une *constitution automatique.*

teurs psychologiques (contemplation, mysticisme, spiritisme, etc.). Cette cellule va selon les circonstances être à la base de certaines mentalités normales, sub-normales ou pathologiques.

Une émotion, un facteur toxi-infectieux seront susceptibles de déclancher les manifestations latentes dans la cellule ; mais je ne vois aucune impossibilité d'admettre que les mêmes facteurs soient capables de créer un état tératologique, une *constitution acquise.*

N'avons-nous pas en pathologie médicale des faits analogues ?

L'albuminurie minima peut résulter d'une débilité rénale héréditaire et être séquelle de scarlatine.

L'hématie congénitalement fragile dans l'ictère hémolytique congénital, n'est-elle pas fragilisée dans l'ictère hémolytique acquis ?

Si la cellule rénale et le globule sanguin sont perméables anormalement à l'albumine et à l'hémoglobine, grâce à des facteurs tératologiques ou acquis, pourquoi ne pas envisager pareilles hypothèses pour la cellule cérébrale et les processus psychiques ?

Le Professeur Claude, dont les efforts depuis de nombreuses années tendent à orienter la psychiatrie dans une voie biologique, bien que défendant une théorie idéogène, parce que les arguments des organicistes lui semblent hâtifs et non démonstratifs, n'est pas éloigné de nous, dans cette pensée qu'il exprime et qui sera la terminaison logique de ce rapport :

« Cet automatisme peut être favorisé, provoqué même par certains états organiques ou certaines modifications biologiques des centres nerveux, permanentes ou transitoires. Il peut exister également sans qu'on puisse trouver une cause organique provocatrice, l'élément affectif restant au premier plan. »

CONCLUSIONS GÉNÉRALES

1° L'automatisme mental occupe une place considérable en pathologie mentale, que l'on considère l'automatisme mental inconscient, subconscient ou conscient.

2° L'automatisme mental conscient comprend deux catégories de faits assez voisins :

a) les uns avec conscience de l'état morbide : *Obsessions ;*

b) les autres sans conscience de l'état morbide : *Syndrome de dépossession.*

3° Le syndrome de dépossession est essentiellement caractérisé par le sentiment de la dépossession (sentiment de l'automatisme de Séglas) sur lequel se greffent des symptômes directs et indirects.

4° Le syndrome de dépossession est la base sur laquelle s'édifieront les délires, en particulier les délires d'influence.

5° La psychose hallucinatoire n'est pas la *conséquence* d'interprétations délirantes (période de malaise de Magnan), les phénomènes hallucinatoires sont primitifs, le délire est explicatif. La première période de Magnan est une période de désagrégation chez un paranoïaque.

6° Les théories psychologiques de l'automatisme mental ne sont pas contrôlables, elles ne donnent pas à l'esprit une entière satisfaction.

7° Les théories organicistes n'ont pas fait leurs preuves. Elles sont en opposition avec l'identité des phénomènes d'automatisme à l'état normal et à l'état pathologique, le passage des troubles dits sub-normaux aux troubles nettement pathologiques, la transformation de l'obsession en idée d'influence.

8° Il y a lieu de considérer pour toutes les manifestations de l'automatisme mental des prédispositions, peut-être une constitution mentale particulière.

9° Cette constitution peut voir ses manifestations facilitées, révélées par certaines habitudes mentales, par l'émotion, par quelques toxi-infections.

10° Il n'est pas impossible d'accepter qu'une constitution acquise analogue résulte de processus organiques, de lésions infectieuses en particulier.

L'AUTOMATISME MENTAL

Par le Docteur Paul NAYRAC
Chargé de Cours à la Faculté de Médecine de Lille

L'AUTOMATISME MENTAL

Par le Docteur Paul Nayrac
Chargé de Cours à la Faculté de Médecine de Lille

AVANT-PROPOS

Dans ce travail, qu'on nous a fait l'honneur de nous confier, nous n'avons pas cherché à faire œuvre personnelle et nous avons seulement voulu coordonner les idées que le « psychiatre moyen » (pour employer un adjectif en honneur dans le vocabulaire politique) peut se faire sur l'automatisme, après la lecture des travaux qui lui sont consacrés.

Le lecteur ne s'étonnera pas de ne trouver ici aucun index bibliographique. Il serait inutile puisque ce rapport est couplé avec celui de M. Lévy-Valensi, et qu'en prévision de ce Congrès, M. de Clérambault a pris le soin d'écrire lui-même un rapport d'une cinquantaine de pages exposant sa doctrine. Quant aux auteurs qui ont apporté leur contribution à cette étude sous la forme d'une note, d'une remarque au cours d'un article ou d'une discussion savante, nous avons voulu éviter de tomber dans l'étalage d'une érudition sans mérite, puisque limitée aux derniers tomes des périodiques, elle serait déjà énorme, et ne saurait que nuire à la clarté de l'ensemble.

Car nous avons visé avant tout à être clair, et nous espérons que nulle part nous n'avons cédé à la tentation de laisser subsister la phrase ambiguë propre aux argumentations obscures. Nous avons voulu parler le langage de la psychiatrie française classique et si nous avons introduit quelque néologisme, nous l'avons défini précisément.

⁂

Le mieux eut été d'éviter dans ces pages toute idée personnelle pour réaliser un cadre où ceux qui nous ont confié ce Rapport eussent pu placer leurs idées, sans avoir à discuter celles de leur rapporteur. Nous n'avons pu atteindre absolu-

ment ce but, quant à la dualité de nature des phénomènes automatiques, par exemple. Mais à vrai dire, cette dernière distinction, que nous sommes peut-être le premier à exprimer formellement, « était dans l'air » des articles et des discussions. Nous n'avons fait que l'en précipiter, pensant introduire ainsi plus de clarté dans la question.

⁂

On nous accusera, peut-être, d'avoir schématisé à l'extrême. Mais la science est un compromis instable entre la diversité des phénomènes et la logique de l'esprit ; il est difficile de suivre exactement un juste milieu (1).

I

LES DEUX AUTOMATISMES

L'emploi par les psychiatres du mot « automatisme » est loin d'être nouveau. Mais le sens dans lequel les auteurs l'ont entendu a été fort variable et il est indispensable d'en rappeler ici les vicissitudes. Il ne s'agit nullement d'en faire un historique, mais bien de définir en nous aidant de l'opinion de nos devanciers le sujet que nous avons à traiter.

⁂

La première conception de l'automatisme en matière de psychiatrie s'affirme nettement philosophique. Elle vise à expliquer la « folie » dans son ensemble. Pour Baillarger, le fait vraiment essentiel dans la folie, c'est la perte du « libre arbitre ». Privées de ce libre arbitre, les facultés de l'esprit exercent leurs fonctions indépendamment de la volonté et c'est là le point de départ de tous les délires. Cette théorie peut se réclamer très légitimement des idées de Descartes qui, certes, ne l'eût cependant pas acceptée. Signalons que dans Baillarger « automatisme cérébral » et « cérébration inconsciente » sont à peu près synonymes.

---

(1) Notre maître, M. le Professeur Raviart, nous a aidé de son énorme documentation et de ses conseils attentifs. Nous ne saurions suffisamment exprimer ce que lui doivent notre activité en général et ce Rapport en particulier.

Aujourd'hui, tout cela paraît bien désuet. On ne peut parler scientifiquement de libre arbitre. Le mot de folie lui-même n'est plus employé, car il recouvre des choses disparates et le plus souvent ce qu'il exprime se continue avec la santé mentale « par des nuances aussi indiscernables que celles du cou de la colombe ». Les médecins modernes n'ont donc pas à étudier la folie en elle-même, mais bien une foule d'états morbides différents. La conception d'ensemble de Baillarger, qu'on peut appeler celle de l'*automatisme philosophique* n'a donc plus aujourd'hui qu'un intérêt historique. Nous n'y reviendrons pas.

⁂

Toute différente est celle de l'*automatisme psychologique* telle qu'elle est défendue dans les livres de M. Pierre Janet. Le célèbre psychopathologiste avait cru trouver dans les manifestations hystériques, un terrain d'étude éminemment propice de cet automatisme. Les idées ont changé sur ce point et, nous ralliant aux conclusions des mémoires classiques de M. Babinski et de M. Logre, nous considérons que l'hystérie se rattache à la pathologie imaginative selon une pathogénie encore obscure d'ailleurs, mais où l'automatisme ne semble pas jouer le rôle primordial. Cette réserve faite, il n'en reste pas moins que M. Pierre Janet, dans les premières et les dernières pages de son livre célèbre, a parfaitement posé le problème de l'automatisme psychologique.

La définition en est lumineuse : l'activité automatique c'est « l'activité humaine dans ses formes les plus simples, les plus rudimentaires ».

Ainsi défini, cet automatisme est un automatisme normal, *automatisme physiologique* pourrait-on dire. Automatisme normal, physiologique, psychologique, automatisme à la Janet, sont pour nous expressions synonymes. On remarquera que nous ne prononçons pas ici le mot d'automatisme mental. La notion d'inconscient n'est nullement nécessaire à cette conception. M. Pierre Janet l'a indiqué : « on peut admettre simultanément l'automatisme et la conscience ».

C'est surtout dans le domaine de la mémoire que se manifeste cet automatisme, par des associations qui peuvent quelquefois paraître arbitraires à l'esprit même qui les présente, si cet esprit n'a pas le génie de microscopie psychologique d'un Marcel Proust ou la subtilité du Dupin d'Edgar Poë.

Mais souvent aussi cet automatisme mnésique se double d'autres éléments, rationnels et volontaires en particulier. La volonté réfléchie qui préside à ceux de nos actes qui paraissent « libres » (parce que délibérés) laisse en somme l'esprit accomplir sans son intervention certains actes simples. La moindre observation des autres ou de soi-même en fournit des exemples.

Les fonctions les plus élevées de l'esprit humain comprennent au moins une part d'automatisme ; c'est en partie la richesse de ses éléments constituants et la logique de leurs associations qui font la décision des grands chirurgiens, l'à-propos des grands avocats, le talent des grands pianistes improvisateurs. Ainsi s'explique le caractère spontané du sens clinique des praticiens rompus au diagnostic. De cet automatisme procède mainte déformation professionnelle de l'esprit. Encore une fois, il suffit de regarder autour de soi et de réfléchir pour en multiplier les exemples.

L'automatisme existe dans toutes les circonstances où l'individu ne se se montre pas le « centre d'indétermination » (selon l'expression de M. Bergson) qu'il semble être dans l'action réfléchie. M. Bergson tend même pour n'admettre que le déterminisme mental à étendre démesurément le champ de l'activité automatique et, à considérer que la vie habituelle de l'esprit est une manifestation inférieure, automatique, la « liberté » étant réservée à de rares actes d'une certaine solennité ; enchaîner pour mieux libérer, paradoxe superbement soutenu par l'illustre philosophe.

Mais il est temps de nous rappeler que ce rapport est un rapport de pathologie. L'automatisme physiologique fait partie du fonctionnement normal de l'organisme, mais sa diminution ou son exagération sont des éléments considérables du diagnostic et de la physiologie pathologique de certaines maladies mentales. Aussi consacrerons-nous un chapitre à l'étude de cet automatisme physiologique en psychiatrie, encore qu'il diffère de l'automatisme mental au sens restreint du terme. Voulant prendre notre sujet dans sa généralité, nous ne devons pas en éliminer une partie aussi importante pour des raisons de vocabulaire. Mais il nous faut maintenant préciser ce qu'est au juste l'automatisme mental.

⁂

Quand un maniaque répond à notre question par une association par assonance sur notre dernier mot, cette manifestation, morbide du fait des circonstances, n'est pas morbide en soi. Elle émane de cet automatisme physiologique inférieur qui s'épanouit chez les faiseurs de mauvais calembours — et qui d'entre nous a toujours échappé à ce travers ? Ce malade ne présente donc là qu'une réaction du domaine de la physiologie normale à peine déformée par la maladie.

Dans la salle voisine, au contraire, un délirant chronique nous dit que cette nuit encore on lui a fait respirer du soufre en disant : « on t'aura ». Comme les veilleurs et les voisins de lit n'ont rien senti ni entendu de tel, nous concluons qu'il s'agit d'une hallucination. Revoyons le malade. Discutons son cas avec lui. Il est en confiance et nous explique avec véhémence et persuasion la certitude absolue de l'extranéité de ses sensations olfactives et acoustiques. Force nous est donc d'admettre que ces paroles traduisent l'ébranlement de certains circuits cérébraux par un avis ainsi présenté qu'il avait tous les caractères d'une odeur et d'un bruit. D'ordinaire, tel avis ne peut être envoyé que par une excitation des appareils récepteurs périphériques. Or, cette excitation n'a pas pu se produire, l'enquête le démontre. C'est donc que dans le trajet nerveux ascendant, qui va des organes des sens aux associations neuronales les plus élevées de l'axe cérébro-spinal, la machine nerveuse a agi en l'absence de son excitant normal, toute seule, semble-t-il, *automatiquement*. Comme l'enseigne depuis longtemps notre maître, il est impossible d'échapper à ce raisonnement quelle que soit la théorie médicale ou psychologique de l'hallucination à laquelle on se rallie : on ne peut le faire qu'en s'évadant dans la métaphysique.

Ce deuxième malade nous offre un exemple d'*automatisme mental,* proprement dit. M. de Clérambault a particulièrement insisté sur les phénomènes que désigne le vocable ainsi défini, et on pourrait parler d'automatisme à la Clérambault. Cet automatisme se manifeste ici surtout dans le domaine sensoriel (qu'un centre psychique supérieur ait contribué ou non à le déclencher) ; dans l'expression d'automatisme mental il faut donc prendre l'adjectif dans un sens vaguement analogue à celui qu'il a, par exemple, dans l'expression d' « anorexie mentale ». Aussi pensons-nous que, si le substantif « automatisme » est bon, le qualificatif « mental » prête à confusion. Par quel autre le remplacer ? Cet automatisme apporte

dans la psychose un élément nouveau, qui n'existe pas en psychologie normale; aussi reprenant une expression de M. Hesnard, pourrait-on l'appeler « automatisme néoproducteur ». Plus simplement l'expression d'*automatisme pathologique* l'opposera à l'automatisme physiologique.

Nous avons employé à dessein des façons de parler très « courantes » pour donner à l'automatisme une définition large. En restant dans le cas particulier de l'hallucination, il est bien évident que le système nerveux n'agit pas *sponte sua*, mais bien sous l'influence d'une excitation, mécanique ou humorale par exemple. La perception fausse résulte de l'ébranlement ectopique d'un mécanisme physiologique au demeurant normal. Mais cet ébranlement pourra être plus ou moins ectopique. Dans certains cas, nous le verrons, la distinction ne pourra être qu'artificielle entre une manifestation d'automatisme pathologique et une manifestation d'automatisme physiologique. Donc, il existe des faits intermédiaires entre les deux ordres de phénomènes, car il est des degrés dans le pathologique. La distinction générale faite ici sera sans doute susceptible de tempéraments. Nous aurons l'occasion d'en signaler nous-mêmes. Mais la discrimination subsiste pour les faits les plus fréquents et nous paraît introduire plus de clarté dans l'exposé.

⁂

Tels sont les deux automatismes que nous allons avoir à étudier à travers la pathologie mentale. Ils y joueront des rôles absolument différents qu'il faudra préciser. Embrassons dès maintenant, en un coup d'œil d'ensemble, le chemin à parcourir.

Tout est dit sur la vanité des classifications en général, et des classifications psychiatriques en particulier. Malheureusement on n'a pas encore trouvé de meilleur moyen pour donner une idée claire d'un ensemble varié.

Si nous laissons de côté les arriérations intellectuelles, nous pouvons répartir les états psychopathiques en trois catégories: deux à peu près définitives, la troisième appelée à se résoudre probablement.

1° Des *psychopathies anatomiques* généralement *acquises*, à lésions bien connues, les confusions et les démences (démences vraies, bien entendu, avec affaiblissement de plusieurs facultés intellectuelles dont la mémoire).

2° Des *psychopathies physiologiques* résultant de l'exagération de certaines dispositions normales du mécanisme psychique: la manie, la mélancolie (et leurs combinaisons), le délire de revendication, le délire d'imagination, le délire d'interprétation. Contrairement aux psychopathies anatomiques acquises, ces psychopathies physiologiques sont généralement liées à la constitution du sujet, et tiennent aux influences héréditaires, congénitales (parfois même infantiles) qui se sont exercées sur lui avant l'apparition des phénomènes psychiques. Des intermédiaires entre les psychopathies physiologiques et la santé mentale sont réalisés par ces psychopathies au petit pied que l'on nomme les diverses constitutions morbides.

3° Le délire hallucinatoire chronique et la démence précoce, psychopathies encore mal expliquées, dont les lésions sont inconnues, qui ne se rattachent pas nettement à la physiologie normale, et dans l'étude desquelles l'esprit a besoin d'une hypothèse de travail. Comme cette hypothèse nous sera précisément fournie par l'automatisme pathologique, on pourrait les appeler *psychopathies automatiques.*

D'aucuns ont pu être tentés de proclamer à leur propos la faillite des procédés biologiques de recherche. La notion que nous étudions ici nous semble pouvoir être dans ce domaine le point de départ d'une réaction contre une psychiatrie trop psychologique et pas assez médicale.

⁂

L'automatisme psychologique normal, *automatisme physiologique,* automatisme à la Janet, est, nous l'avons dit, un composant constant de toute manifestation psychique, saine ou morbide. Nous devrons donc le retrouver et l'étudier dans toutes les maladies mentales tant qu'elles n'auront pas aboli l'intelligence (chapitre II).

Quant à l'automatisme mental, automatisme néo-producteur, automatisme pathologique, automatisme à la Clérambault, le meilleur objet d'étude en sera pour nous le délire hallucinatoire chronique et les délires apparentés. Comme il s'y présente sans cause apparente, nous pouvons, dans l'état actuel de nos connaissances, l'appeler un *automatisme pathologique essentiel* (chapitre III) pour l'opposer à l'*auto-*

matisme pathologique symptômatique, d'un processus morbide connu par ailleurs (Chapitre IV).

Il nous restera alors à étudier comment on peut concevoir la *pathogénie* de l'automatisme pathologique, et dans quelle mesure cette notion peut éclaircir le problème encore entier de la démence précoce (chapitre V).

II

L'AUTOMATISME PHYSIOLOGIQUE CHEZ LES PSYCHOPATHES

Variable à l'infini chez les individus normaux, l'automatisme physiologique sera, chez les divers psychopathes, exagéré quelquefois, dévié le plus souvent, plus rarement diminué.

⁂

Les *psychasthéniques* (au sens de M. P. Janet), du fait de leur mauvaise adaptation au réel, ont tendance à laisser faire leur automatisme (énergie mentale à basse tension, selon l'heureuse expression de M. Pierre Janet), plutôt que de faire intervenir une action réfléchie. Mais, c'est surtout chez les *schizoïdes,* souvent apparentés d'ailleurs aux psychasthéniques, que l'automatisme physiologique est à étudier.

Chez ces sujets, constamment distraits du monde extérieur, on assiste à une véritable déviation progressive de cet automatisme qui, cessant d'être rectifié par une activité attentive et appliquée finit par « tourner à vide » en quelque sorte et peut aboutir dans certains cas au « rationalisme morbide » bien étudié par MM. Rogues de Fursac et Minkowski: de là, des ruminations dépourvues d'application réelle, non pas absurdes en elles-mêmes, mais inopportunes et sans rapport avec la réalité.

Heureusement, tous les schizoïdes n'en arrivent pas au rationalisme morbide, qui n'est pas loin de l'aliénation mentale. Le plus souvent, l'automatisme se manifeste chez eux par des réflexions discordantes avec l'ambiance. Les exemples en abondent dans la vie courante, et aussi chez les écrivains. En effet, les réflexions automatiques des schizoïdes sont une

source fréquente de comique. Elles réalisent au premier chef « du mécanique plaqué sur le vivant », selon l'expression employée par M. Bergson dans un Essai qui est un chef-d'œuvre ; et les auteurs ont usé, voire abusé, des distraits et des rêveurs.

Nous venons de faire allusion ici aux schizoïdes raisonneurs. Il y aurait aussi à dire sur les schizoïdes imaginatifs, au point de vue de l'automatisme physiologique; nous renvoyons à ce propos au délire d'imagination.

⁂

D'une manière générale, nous allons traiter de l'automatisme dans les psychopathies physiologiques, donc dans les constitutions qui en sont une expression réduite.

Dans la *manie*, on observe pour ainsi dire une mise à nu de l'automatisme physiologique. C'est la psychopathie de choix pour son étude. On y voit se développer des kyrielles d'associations automatiques commandées par le retentissement (sensoriel, rationnel, affectif ou autre) d'un concept sur un concept analogue ou inverse. Ces associations automatiques se font sans doute très nombreuses et très touffues chez le maniaque, mais elles ne diffèrent pas essentiellement de celles qui se produisent chez l'individu normal. Elles se traduisent en actes et en paroles à cause de l'affaiblissement du pouvoir frénateur. Les individus normaux évitent (en général) d'énoncer une comparaison désobligeante, un jeu de mot sans signification, qui se présentent à l'esprit. Ils laissent passer (du moins les privilégiés qui le peuvent) les mots d'esprit et les compliments galants. Chez le maniaque, tout sort, en un mélange où d'heureuses trouvailles scintillent au milieu d'affligeantes pauvretés.

Cette libération d'un automatisme exagéré dans la manie, n'a pas manqué d'être remarquée depuis longtemps. Déjà Baillarger, puis Ball, parlent à ce propos d'automatisme « cérébral ».

⁂

Dans la *mélancolie*, comme tous les processus psychiques, les processus automatiques sont ralentis, donc diminués. Même quand l'attention n'est pas accaparée par les ruminations inquiètes ou délirantes, une idée n'a guère tendance à

en susciter d'autres: la mélancolie tend à un monoïdéisme qui s'oppose au polyidéisme de la manie. Mais il ne faut pas prendre cette remarque générale pour une vérité absolue: des associations automatiques se font encore chez le déprimé, surtout quand elles viennent apporter un appui aux conceptions mélancoliques. Il importe de le faire remarquer car il est des souvenirs ou des idées qu'il ne faut pas déclencher chez ces malades. Prévoir certaines associations, et quand elles se sont produites éviter leur reproduction, est une règle importante de psychothérapie.

Dans les *états mixtes*, les manifestations automatiques varient du tout au tout suivant les cas d'espèce. Aucune règle d'ensemble ne peut être formulée.

***

Que l'automatisme physiologique joue un rôle important dans la psychologie pathologique de certains délires, cela est évident, surtout en ce qui concerne le délire de revendication et le délire d'imagination.

Dans le *délire de revendication*, l'impulsivité passionnelle est à l'origine de réactions automatiques analogues à celles de certains dégénérés irritables et impulsifs d'ailleurs sub-normaux. Dans le *délire d'imagination*, la part de l'automatisme est réelle, la pathogénie du délire échappant par essence à toute direction réfléchie puisqu'elle émane d'une faculté par définition même autonome. Le mystère de cette pathogénie ne réside pas tant dans son pourquoi que dans son comment. Comment le malade est-il amené à vivre ses créations imaginatives ? De même, comment l'hystérique présente-t-elle cette « psycho-plasticité », cette « complaisance somatique », pour ces mêmes créations ? Cela s'explique sans doute par l'intensité des représentations fictives, comme pourrait le montrer l'étude des spectateurs au mélodrame et aussi celle de certains romanciers. Alexandre Dumas pleura le jour où il fit mourir Porthos. Mais ceci nous éloigne du sujet.

***

Nous en venons maintenant à l'étude des phénomènes automatiques dans le *délire d'interprétation*.

Apparemment, ils y sont réduits à rien, puisqu'il s'agit d'une construction logique émanant d'un mauvais logi-

cien. Aussi la genèse de l'idée délirante n'est-elle logique qu'apparemment. Elle est précédée d'une intuition délirante, si bien que le délire interprétatif ne mérite ce nom que secondairement, étant d'abord un délire intuitif dont la morbidité résulte d'une constitution mentale défectueuse, la constitution paranoïaque, par déviation affective. Ce n'est d'ailleurs nullement spécial à la psychologie morbide. Sauf en analyse mathématique, l'esprit connaît intuitivement sa vérité avant de la démontrer. Les théories les plus solidement assises de nos jours ont souvent été d'abord senties, puis démontrées par des preuves bien faibles; si bien qu'il y aurait un paradoxe amusant à écrire « sur l'interprétation délirante dans la pensée normale » et les exemples ne manqueraient sans doute pas.

Nous considérons donc que l'intuition fait partie de l'automatisme physiologique. Bien entendu elle peut coexister avec l'automatisme pathologique (et M. de Clérambault la considère comme faisant partie des « phénomènes diffus qui accompagnent l'automatisme mental »). Mais en elle-même, elle est physiologique, ne fait que continuer la vie mentale normale et cela explique que tous les intermédiaires existent entre l'homme sain d'esprit et le grand interprétateur.

M. Petit qui dans sa thèse (et avec Mignard) a signalé l'automatisme des interprétateurs, en a utilisé la notion pour unir en une pathogénie d'ensemble le délire hallucinatoire chronique et le délire d'interprétation. Ces deux délires présentent tous deux des manifestatios automatiques, mais celles qui créent les hallucinations ont, nous l'avons dit, un caractère néoformant qui les sépare résolument de la psychologie normale seulement déviée dans les interprétations délirantes. Cette différence, M. Petit l'avait d'ailleurs probablement vue, en écrivant que dans l'hallucination « l'automatisme est d'un caractère moins subtil et plus tangible »; mais ce qu'on appelait en 1912 délire hallucinatoire chronique, était, nous le savons par les travaux de M. de Clérambault, pour quelquefois plus de moitié un délire d'interprétation, ce qui justifie amplement un rapprochement intuitif des deux maladies mentales (1).

⁂

(1) Dans notre travail inaugural, nous avons aussi soutenu qu'il n'y avait pas de différence essentielle entre le délire d'interprétation et le délire

Une classe de paranoïaques est intéressante: c'est celle des *paranoïaques influencés*. Nous aurons à montrer plus loin que le délire d'influence est souvent à base d'automatisme pathologique pur ou mêlé d'interprétations; mais certains influencés sont uniquement des interprétateurs, qui rapportent à une influence étrangère leur automatisme physiologique dont ils sont mécontents. M. Ceillier a insisté récemment sur ces délires d'influence à base d'interprétation « d'actes automatiques simples non incoercibles et non réductibles d'emblée »; « ce sont des actes commis dans un moment de distraction, de colère, de maladresse, d'excitation (souvent maniaque) et que le sujet interprète secondairement comme lui ayant été imposés ». On ne saurait mieux dire. M. Logre a parlé à ce propos de « paranoïa introspective » et cela nous paraît parfaitement justifié. M. Ceillier ne partage pas cette opinion et pense que si un maniaque par exemple cherche l'explication des troubles qu'il présente, « il est nécessaire qu'il invoque une cause extérieure, indépendante de lui-même ». Cela ne nous paraît nullement nécessaire puisque l'expérience démontre que la proportion de maniaques influencés est faible, même parmi ceux qui veulent comprendre ce qui se passe en eux. M. Ceillier n'admet de constitution paranoïaque que celle qui « saute aux yeux ». Peut-être est-il un peu exigeant. Il faut être un grand paranoïaque pour interpréter dans le sens d'une influence un fait absolument banal comme une maladresse; mais de simples tendances paranoïaques suffisent pour mener à l'interprétation délirante d'un accident en somme inhabituel, comme la manie.

Nous ne signalons ici qu'une catégorie de syndromes d'influence. Nous aurons à reparler plus loin de l'idée d'influence en général.

⁂

Jusqu'à présent nous nous sommes occupés des variations et des déviations de l'automatisme normal dans les psychopathies physiologiques. Dans les *psychopathies anatomiques*,

---

hallucinatoire. Nous avons modifié sur ce point notre façon de voir, sous l'influence de cette conception : le délire de Lasègue-Falret-Magnan est une psychose mixte. Ce délire a des rapports avec le délire d'interprétation. Le délire hallucinatoire pur, non.

si nous laissons de côté les cas où elles se compliquent d'automatisme pathologique symptomatique, l'atteinte de l'esprit se traduit, avant tout, par une diminution de l'activité mentale supérieure, qui a d'abord pour résultat une certaine libération de l'automatisme physiologique; mais, des lésions plus profondes ou plus étendues peuvent amener, secondairement ou d'emblée, une diminution plus ou moins importante de l'automatisme lui-même, diminution qui peut aller jusqu'à l'abolition presque complète de toute activité mentale. Cela est schématiquement vrai des confus comme des déments. Signalons rapidement certaines manifestations automatiques confusionnelles ou démentielles qui ont acquis en clinique psychiatrique une importance prépondérante.

⁂

Un *confus* continue à vivre sa vie habituelle dans son lit d'hôpital, parlant, faisant des gestes comme dans l'exercice de sa profession. On appelle cela le délire professionnel. Ce terme est tout à fait exact quand cette activité du malade a pour base des hallucinations (automatisme pathologique). Mais quelquefois aussi, sans hallucinations, il s'agit seulement d'une libération de l'automatisme physiologique, d'ailleurs inférieur, surtout moteur et verbal. Le mot de délire (trop souvent appliqué à la légère, même par des aliénistes avertis) ne semble pas convenir ici. Nous parlerons plutôt d'*activité professionnelle automatique.*

Le diagnostic de cette activité professionnelle automatique avec le délire professionnel proprement dit n'est pas toujours facile et d'ailleurs les deux phénomènes peuvent se combiner. Les soldats confus dans les hôpitaux de guerre tenaient souvent des propos belliqueux qui pouvaient indifféremment provenir d'un automatisme pathologique hallucinatoire, d'un automatisme physiologique professionnel, ou des deux à la fois.

C'est encore à l'automatisme physiologique qu'il faut rattacher les manifestations procursives des confusions mentales émotives dans les grandes catastrophes et bien d'autres symptômes confusionnels.

Ceci nous amène à parler de certaines formes d'activité mentale constatées lors des équivalents *épileptiques* dont notre maître, dans son enseignement, souligne volontiers les

nombreux rapports avec la confusion mentale. Là encore, les centres les plus élevés sont inhibés et grâce à un automatisme physiologique souvent fort cohérent le malade part, voyage, vole, tue, etc...; et, après guérison du paroxysme, il est difficile à un profane d'imaginer que tout cela ait pu se passer en dehors de la volonté.

D'ailleurs chez l'épileptique, l'état mental habituel porte la marque d'une exagération des phénomènes automatiques. Son impulsivité, son irritabilité sont bien connues. Il faut lire à ce sujet un article de M. Freemann dans l'*Encéphale* de 1924 sur la rigidité de décérébration. On y trouvera sinon des démonstrations, du moins des hypothèses séduisantes sur la physiologie des manifestations épileptoïdes.

⁂

L'automatisme physiologique persiste dans le tableau clinique des *démences* au début. Sans doute il en est qui s'avèrent d'emblée massives même dans l'atteinte de l'automatisme; mais en général c'est un fait bien connu que le paralytique général ou le dément sénile « font illusion », « gardent la façade » un certain temps. Souvent on voit, même dans les milieux les plus instruits, la famille assister atterrée à l'examen médical qui met en évidence un déficit intellectuel dont elle ne soupçonnait pas la profondeur grâce à la persistance des phénomènes d'automatisme physiologique.

Cette réduction à l'automatisme de la vie mentale au début de la démence, se retrouve à un degré moindre dans les signes prémonitoires de l'affaiblissement sénile, sous la forme de cette aversion méfiante pour les nouveautés, connue en sémiologie sous le nom de misonéisme.

⁂

La vie mentale des psychopathes est un monde encore plus grand que ne l'est celle des individus normaux. C'est dire que ces développements sur l'automatisme physiologique en psychopathologie pourraient s'étendre à volonté. Contentons nous d'avoir posé quelques jalons, cité quelques exemples; et souhaitons que la discussion du Congrès nous apporte sur ce sujet de nombreux documents et des idées nouvelles.

III

L'AUTOMATISME PATHOLOGIQUE « ESSENTIEL »

« Ça a commencé l'année dernière, M. le Docteur; on a commencé par dire : gare, gare. Gare, gare, M. le Docteur, qu'est-ce que ça veut dire ? On le disait la nuit, le jour aussi, surtout quand je me mettais à table. J'ai cherché d'où ça pouvait venir et je n'ai pas trouvé. Ma fille m'a dit: « Ne le répète pas, maman, on dirait que tu es folle ». Mais, M. le Docteur, ce que j'avais, ça n'était pas entendre des voix, c'était un peu loin, mais tout à fait comme une vraie. Gare, gare. Et puis on a dit ce que je faisais: mange, mange, et puis: coucher, et des choses que je n'oserais pas répéter. »

« Des insultes, non, M. le Docteur, mais on disait tout ce que je faisais, alors, n'est-ce pas... »

« Je ne sais pas, pas du tout qui c'est, M. le Docteur. Je n'ai pas d'ennemis. Vous pouvez demander au garde. Mais j'ai crié après le propriétaire, il ne devrait pas permettre ça. »

« Oh, sûrement pas le Bon Dieu, M. le Docteur. Non, c'est bien comme une personne, mais je ne sais pas qui. »

« Dans la tête ? Mais non, c'est qu'on parle, quoi. »

« Bien sûr, j'aurais dû m'en moquer, mais à force, à force, on est énervé... »

⁂

Tous les psychiatres ont dans leurs cartons des observations analogues à celle-ci: une femme sans aucun antécédent héréditaire ni personnel bien remarquable, sans stigmates dégénératifs nombreux ni accusés, vers la quarantaine, change de caractère, devient irritable, tient des propos bizarres, enfin se lève la nuit et court en criant à travers la maison. La famille demande son placement, et dans le service d'observation, la malade tient les propos que nous venons de rapporter.

Le diagnostic de délire hallucinatoire n'est pas douteux, mais on voit que le tableau clinique présenté n'est pas exactement celui de la maladie de Lasègue-Falret-Magnan, puique

la période des interprétations (qui précède classiquement l'apparition des phénomènes sensoriels) manque.

Or, il ne s'agit pas là d'une simple vétille de nosologie.

En effet, la théorie classique tend depuis Magnan à considérer l'hallucination comme une manifestation « induite » dans l'esprit du malade par son affectivité déjà délirante, c'est-à-dire à lui donner une origine psychique. Sans doute, certains continuent à se réclamer des disciplines biologiques, en déclarant que bien entendu tout cela dérive d'une perturbation organique ; mais ceci posé, ils se bornent le plus souvent à faire réagir à leur fantaisie les unes sur les autres les diverses facultés de l'esprit. Il suffit de parcourir les derniers tomes des périodiques neuropsychiatriques pour voir combien les recherches actuelles sont orientées vers des explications purement psychologiques... et pas toujours intelligibles.

Or souvent, le délire existe avant les hallucinations. Mais dans certains cas qui ne sont pas rarissimes, on voit comme chez la malade dont nous venons de parler, les hallucinations précéder le délire et comme le remarque Michelet pour l histoire : « Le rapport de conséquence de deux faits ne prouve évidemment pas que le second résulte du premier, mais il prouve au moins que le premier ne résulte pas du second. » On peut même aller plus loin, dans le cas dont nous nous occupons, et dire qu'on y saisit comment la répétition des hallucinations finit par imposer un délire à une femme qui n'avait aucune tendance naturelle aux idées de persécution. Le phénomène sensoriel est d'ailleurs apparu dans l'esprit normal, comme un éclair dans un ciel pur, et vraiment on ne voit pas quelle explication psychologique convenable pourrait être imaginée, d'autant plus que l'hallucination a ici et souvent un caractère d'absurdité, d'incongruence incompatible avec une tendance délirante préétablie.

Nous pouvons donc souscrire entièrement à l'opinion de M. de Clérambault : chez des malades tels que la nôtre, « l'idée délirante est la réaction d'un intellect et d'une affectivité, l'un et l'autre restés sains à l'automatisme surgi spontanément et surprenant le malade en pleine période de neutralité affective et de quiétude intellectuelle » (1). Depuis

(1) Nous nous excusons auprès de M. de Clérambault d'altérer son texte en trois points. D'abord, en supprimant deux restrictions (« sauf réserves conciliables avec notre théorie » et « dans la plupart des cas ») qui deviennent inutiles dans notre texte, de portée réduite par rapport à celui

plus de vingt ans d'ailleurs, MM. Sérieux et Capgras ont dit : « l'halluciné subit son délire qui lui est imposé en quelque sorte par l'automatisme de ses centres sensoriels ».

Un autre fait intéressant dans le même ordre d'idées : le délire qui résulte des hallucinations n'est pas toujours un délire de persécution. Il est quelquefois agréablement mystique, par exemple, et le malade expose avec bienveillance, sans la moindre hostilité, ses idées délirantes. Chez le paranoïaque, au contraire, le délire ne peut guère être qu'un délire de persécution, par définition pourrait-on dire.

⁂

Il est cependant des cas incontestables où les hallucinations se présentent à un esprit déjà délirant : la psychose de Lasègue-Falret-Magnan en est le meilleur exemple. Mais il n'est pas prouvé que les phénomènes sensoriels résultent de l'état délirant antérieur. Il est possible que nous ayons affaire à l'addition de deux éléments : délire d'interprétation et automatisme pathologique. Ces combinaisons morbides sont plutôt la règle que l'exception en clinique mentale et la théorie de M. de Clérambault (la psychose de Lasègue-Falret-Magnan, psychose mixte), nous semble une vue particulièrement féconde.

On nous objectera que l'association interprétativo-hallucinatoire est plus fréquente que l'hallucination simple, et que dès lors, il faut bien reconnaître que l'hallucination florit surtout chez les sujets déjà délirants. Mais est-on bien sûr que l'association soit le cas le plus fréquent ? Nous n'examinons pas en général les malades à l'extrême début de la maladie, et pour notre part, nous n'avons vu qu'exceptionnellement un interprétateur pur verser dans le délire hallucinatoire. Et l'on ne peut se fier aux familles sur ce point, car souvent selon une remarque de notre maître, les malades racontent leurs interprétations et taisent leurs hallucinations.

On dira : « les hallucinés à la période d'état interprètent toujours ». Mais l'interprétation délirante, nous l'avons dit, n'est morbide que parce que des intuitions la mettent au ser-

---

de l'auteur. Ensuite, en écrivant « automatisme » au lieu de « troubles de l'automatisme ». Mais ce que nous avons dit des deux automatismes rendrait cette dernière expression obscure.

vice d'une affectivité constitutionnellement déviée, d'une constitution paranoïaque. Or, il n'est pas besoin d'être paranoïaque pour interpréter. L'interprétation, même délirante, n'est nullement pathognomonique de la paranoïa. Tout le monde interprète ; *a fortiori* un halluciné, élaborant un corps de doctrine destiné à expliquer un stock important de phénomènes contradictoires, qui s'imposent à lui avec la rigueur de faits expérimentaux. Quoi d'étonnant à ce que ces constatations étranges ne puissent s'incorporer à une explication plausible qu'au prix de quelques concessions au détriment d'une logique rigoureuse ? C'est ainsi que nous voyons dans certains cas l'hallucination, loin d'être l'effet de l'interprétation, en être la cause.

On nous objectera aussi les hallucinations épisodiques rarement présentées par presque tous les interprétateurs. Mais à y regarder de près, ces hallucinations, souvent visuelles, résultent d'un automatisme pathologique, symptomatique d'un état confusionnel, ou subconfusionnel auto ou exo-toxique.

Enfin, nous ne prétendons nullement que la coexistence de la paranoïa et des hallucinations dans la psychose de Lasègue-Falret-Magnan soit une simple coïncidence. Les paranoïaques le sont du fait d'une constitution défectueuse, et nous verrons que l'automatisme pathologique, s'il peut être acquis, n'est pas pour cela toujours indépendant des facteurs constitutionnels. On peut être paranoïaque et halluciné, de même qu'on peut être paranoïaque et hérédo-ataxique cérébelleux, les deux troubles nerveux associés dérivant par des pathogénies différentes d'une même cause, mais n'étant unis par aucun rapport direct l'un avec l'autre.

⁂

D'autres faits nous montrent encore plus nettement que l'hallucination est un phénomène étranger à la vie mentale proprement dite : nous voulons parler des cas où elle ne s'accompagne d'aucun délire, des cas d'*hallucinose*. A prendre le mot au sens large, nous aurions dû parler plus loin d'hallucinoses symptomatiques. Ici, nous ne considérons que l'hallucinose au sens restreint. M. de Clérambault la décrit ainsi : « Le sujet n'est ni mécontent, ni inquiet ; il est même souvent euphorique ; les phrases entendues ne sont pas l'aboutissant d'une cogitation personnelle subconsciente, car elles sont

dénuées d'unité, leur répertoire thématique est imprévu, indifférent, chaotique, non orienté vers le sujet, et encore moins dirigé contre lui. Des voix diverses émettent des phrases sommaires, sans lien entre elles, ou faiblement complémentaires, pauvrement thématiques, ne visant pas le sujet, portant sur des données qui ne l'intéressent pas, rejetant et reprenant ces données sans jamais les traiter à fond. Le sujet peut se croire branché sur un réseau téléphonique où plusieurs conversations se croisent. »

Cette hallucinose peut persister telle quelle, assez longtemps, voire indéfiniment. Mais le plus souvent elle aboutit au bout de quelques années, au délire hallucinatoire. On peut même dire que le délire hallucinatoire pur, commence nécessairement par une phase d'hallucinose. Mais cette phase est très diverse selon les cas : elle peut être très courte, difficile à retrouver, elle peut aussi s'avérer nette à l'examen, comme dans le cas cité au début de ce chapitre.

Plus démonstratifs encore sont les cas *d'hallucinations conscientes.* Nous en avons observé plusieurs. La plupart du temps, il s'agissait de sujets qui côtoyaient sans cesse le délire hallucinatoire chronique et souvent y tombaient.

Par exemple, un homme très instruit, intelligent, bienveillant, présente depuis de nombreuses années des hallucinations auditives qu'il appelle des hallucinations. Il s'en plaint, les juge importunes, demande qu'on l'en débarrasse. Mais certains jours, il est moins ouvert, semble inquiet et montre, par son comportement, que ses hallucinations lui ont imposé quelque idée délirante. Son caractère change alors et s'altère. Quelques jours après, tout rentre dans l'ordre.

Une paranoïaque est persécutée déjà depuis un an par une voisine. Apparaissent chez elle des phénomènes sensoriels. Elle les appelle : « mes hallucinations », mais les interprète comme le résultat d'une anémie cérébrale provenant elle-même des soucis que lui cause la persécutrice.

En somme, ces hallucinés conscients considèrent leurs hallucinations comme un algique considère son algie. Dans la littérature de l'hallucinose on note des faits intermédiaires entre l'hallucination consciente et l'inconsciente. Dans les deux observations *princeps* de MM. Séglas et Cottard, ainsi que dans le cas de Lélut, la conscience de la morbidité existait nettement ; et depuis, de tels exemples se sont multipliés.

La diversité des relations possibles entre l'hallucination et

l'état mental n'est explicable qu'en faisant de l'hallucination un fait pathologique surtout extra-psychique, psychique seulement à son *terminus,* comparable à une douleur. Vouloir faire venir l'hallucination d'un état mental, c'est se condamner à n'expliquer qu'une catégorie de phénomènes, au détriment des autres.

⁂

Nous venons de voir s'édifier diverses constructions psychopathiques sur un automatisme pathologique auditif. Nous avons choisi cet automatisme pour fixer les idées, et parce que c'est peut-être le plus fréquent, du moins le plus immédiatement observable. Mais on peut constater aussi qu'il existe chez les hallucinés essentiels d'autres phénomènes d'automatisme pathologique *sensoriel ou sensitif.* On peut noter aussi de l'automatisme *moteur.* Enfin, il faut décrire un automatisme pathologique plus difficile à mettre en évidence qui aboutit à la production non pas de sensations ni de mouvements, mais d'idées, ou plus généralement de manifestations psychiques. Ce dernier automatisme nous devrions l'appeler automatisme psychique, mais ce terme prêterait à confusion et nous lui préférerons celui *d'automatisme supérieur* (1).

Tous ces automatismes sont le plus souvent associés, voire intriqués, mais peuvent exister isolément. Il est possible, en partant des plus simples, de voir l'analogie de nature qui les relie aux plus complexes. Ils ne sont que des formes cliniques du grand syndrome d'automatisme pathologique essentiel.

⁂

L'automatisme *sensitivo-sensoriel* est, nous l'avons dit très souvent, auditif. Il est aussi fréquemment olfactif, c'est un point sur lequel il n'est pas utile d'insister. De même, il peut être gustatif.

Mais l'automatisme visuel essentiel mérite une mention spéciale.

Longtemps on a cru que les hallucinations visuelles, si fréquentes dans l'automatisme symptomatique, étaient autant

---

(1) C'est à cet automatisme pathologique supérieur, qu'on devrait en bonne logique réserver le nom d'automatisme mental. Nous n'avons pas voulu proposer de le faire, pour ne pas compliquer encore la terminologie.

vaut dire inexistantes dans les psychoses hallucinatoires chroniques (1). Cette opinion, à très juste titre, n'est plus admise aujourd'hui. Sans doute, parmi les « visions » accusées par les automatiques essentiels, d'assez nombreuses peuvent être mises sur le compte d'une intoxication ou d'une infection surajoutée. D'autres résultent d'une illusion, d'une interprétation de jeux d'ombre et de lumière, surtout nocturnes : elles se produisent surtout chez les persécutés. D'autres enfin, qui existent chez les excités mystiques, souvent peu ou pas persécutés, ont bien le caractère hallucinatoire quand on interroge minutieusement le malade et sont décrites avec précision. Presque toujours pourtant, ces phénomènes visuels sont nettement isolés par le malade de la réalité courante : ils ne se fondent pas avec l'ambiance, mais se surperposent plutôt à elle. Le plus souvent ils manquent de relief, quelquefois de couleur, de mouvement. Les malades les comparent à un tableau, à une photographie, à une projection ; souvent à un spectacle cinématographique. C'est là un caractère important de l'automatisme visuel essentiel, mais il n'empêche nullement que les malades ressentent vivement le caractère d'extranéité de ce qu'ils appellent eux-mêmes leurs visions.

C'est pourquoi nous ne pensons pas qu'on puisse faire de ces manifestations une simple représentation imaginative, projetée au dehors. C'est une hypothèse subtile à soutenir et d'ailleurs inutile. Les automatiques essentiels auditifs notent souvent que leurs voix diffèrent des voix normales : voix plus faibles, voix de téléphone, etc. Ce qui est fréquent pour l'audition, est presque la règle pour la vision, sans qu'il faille faire intervenir un processus psychologique, difficile à saisir.

⁂

Dans le domaine de la sensibilité cutanée, l'automatisme essentiel n'est pas rare, sous la forme de brûlure, piqûre, pincement, etc., mais il est généralement associé à l'automatisme cœnesthésique, sensations étranges, électriques, zoologiques, démoniaques, inexprimables, etc., que le malade rapporte à ses viscères. Là encore, il convient de distinguer : bien des

(1) L'hallucination visuelle est moins fréquente que l'auditive (ou semble telle) parce que, plus que cette dernière, elle est annihilée par les perceptions normales simultanées.

cœnesthopathies sont symptômatiques d'affections viscérales : on « travaillait » dans la poitrine d'une de nos malades qualifiée de cœnesthopathe jusqu'au jour où la clinique nous permit de constater les premiers signes d'une tuberculose pleuro-pulmonaire. Des viols hallucinatoires furent chez une malade de M. de Clérambault le premier symptôme d'un néoplasme utérin. On pourrait multiplier les exemples. Nous nous demanderons plus loin quelles sont alors les limites entre l'interprétation et l'hallucination, mais quoi qu'il en soit, il s'agit tout au plus, en ce cas, d'automatisme symptomatique.

Ceci dit, il existe cependant des cas de cœnesthopathies chroniques qui sont bien essentielles, en ce sens que, après une longue évolution, ni la clinique ni l'anatomie pathologique n'ont montré de grosses lésions susceptibles d'avoir été le point de départ des hallucinations (nous ne parlons pas ici, bien entendu, de fines lésions histologiques du système sympathique par exemple). De tels tableaux cliniques méritent bien le nom d'automatisme cœnesthésique essentiel.

Une dernière variété d'automatisme sensitivo-sensoriel nous est donnée par l'automatisme kinesthésique comme nous l'appelons habituellement d'après M. Séglas : le sujet se sent faire un mouvement, presque toujours articuler des paroles ou écrire des mots, pendant que ses muscles restent immobiles (1). Comme l'étrangeté du phénomène est évidente, il se crée immédiatement des conceptions délirantes absolument extravagantes.

Dans sa forme pure, l'hallucination kinesthésique s'avère donc nettement sensitive. Or, il arrive souvent que les mouvements perçus ne sont pas absolument inexistants, mais bien ébauchés, de façon à peine perceptible. Ce sont là des faits mixtes, faits de transition, qui unissent les hallucinations sensitives à l'automatisme moteur.

⁂

L'automatisme moteur pur est un phénomène assez rare : Le malade fait des gestes, accomplit des actions qu'il n'a pas voulues, auxquels il assiste comme un bravais-jacksonien

(1) Il semble qu'il existe aussi des phénomènes d'automatisme kinesthésique qu'on pourrait peut être appeler négatifs : une malade de notre maître, spécifique quasi-normale mentalement, se plaint d'une sensation pénible de légéreté.

assiste à ses phénomènes clonico-toniques. Souvent ces actions sont complètement absurdes. Une de nos automatiques, ni paranoïaque, ni réticente, présentait un délire encore vague lorsqu'un jour elle constata qu'on lui faisait accomplir les gestes du prêtre officiant, sans l'intervention d'aucun ordre auditif, d'aucune prémonition. Pendant deux ou trois jours elle chercha en vain le pourquoi de cet acte absurde, et finit par en déduire, sans conviction bien profonde d'ailleurs, qu'elle était peut-être la fille d'un prêtre.

Mais il est difficile d'observer avec précision de tels faits. Le plus souvent l'automatisme moteur se mêle intimement à l'automatisme sensitivo-sensoriel ou à l'automatisme supérieur. Avec l'automatisme sensitivo-sensoriel, la combinaison la plus courante est celle-ci: un ordre est donné par l'automatisme auditif, et exécuté irrésistiblement par l'automatisme moteur. Mais il y a des associations plus complexes; une malade sent dans son larynx sa persécutrice: automatisme cœnesthésique; celle-ci lui donne la sensation que sa bouche parle: automatisme kinesthésique; elle parle réellement en se servant de la bouche de la malade : automatisme moteur verbal. Encore faudrait-il ajouter à ces trois facteurs intriqués un élément d'automatisme supérieur non négligeable.

L'automatisme moteur, de plus, n'a souvent pas le caractère positif que nous venons de décrire. Il peut être négatif ou mieux inhibiteur. Fréquemment, les malades se plaignent qu'on les empêche d'accomplir tel geste, telle action et surtout de prononcer telle parole. Les persécuteurs arrêtent quelquefois ainsi les confidences au moment le plus intéressant.

⁂

Enfin l'*automatisme pathologique, psychique ou supérieur*, bien connu depuis les leçons de M. Séglas et la thèse de M. Lévy-Darras, offre à l'étude des manifestations bien curieuses. Il est difficile d'en donner une définition d'ensemble, car il s'agit de faits saisissables surtout par une description anecdotique. Nombre de pseudo-hallucinations appartiennent à cette classe de phénomènes automatiques que nous ne connaissons que par les détails donnés par les malades, le plus souvent médiocrement entraînés à l'introspection psychologique. Mais en général on peut dire qu'ils expriment leur

automatisme supérieur comme la sensation qu'une partie de leurs fonctions mentales leur échappe, agit toute seule, semble-t-il, automatiquement, en dehors de la ligne directrice tracée par le Moi conscient (c'est à dessein que nous employons ce langage psychologique, pour nous tenir près de la vérité clinique, puisque les malades n'ont que ce langage à leur disposition). M. Logre donne l'excellente définition qui suit : « C'est alors cette donnée immédiate de la vie intérieure, le sens de la liberté de pensée et d'action qui paraît initialement atteint. »

On peut subdiviser à l'infini ces manifestations d'automatisme supérieur, un peu artificiellement peut-être, car il convient de n'accorder qu'une confiance contrôlée à l'introspection des psychopathes.

Cependant, il n'est pas douteux que bien des psychopathes à automatisme essentiel accusent des anomalies de leur fonctionnement mental telles que : sensations de dédoublement de la personnalité, sensations que telle idée, tel sentiment est étranger au courant de la vie mentale propre du sujet (et le plus souvent imposé par une volonté extrinsèque). C'est ainsi que l'intuition, l'intuition délirante dont nous parlions plus haut, en particulier, est souvent une manifestation d'automatisme pathologique supérieur : « Dieu m'a fait comprendre qu'il fallait que je sauve le pays. Il me l'a dit par une voix sans paroles, par une communication d'esprit à pensée, etc. » Le sentiment de l'automatisme supérieur peut aussi être exprimé par les phénomènes de devinement ou de vol de la pensée, soit que le malade ait connaissance des pensées d'autrui, soit qu'une autre pensée introduite dans la sienne ait connaissance de tout ce qui s'y passe. Il faut lire sur le devinement l'article si documenté de M. Heuyer.

Il existe aussi des phénomènes négatifs dans l'automatisme supérieur, et les malades se plaignent souvent « qu'On leur fait oublier les choses », « qu'On les empêche de penser », « qu'On fatigue leur esprit », etc. Quelquefois aussi, un automatisme négatif s'associe à un automatisme positif pour réaliser la substitution de pensée, par exemple.

Nous l'avons dit, plus haut, il faut bien entendu faire dans chaque cas le départ entre l'automatisme pathologique vrai et l'interprétation délirante de l'automatisme physiologique ou de phénomènes d'affaiblissement intellectuel au début; mais il n'en reste pas moins vrai que, cette critique faite,

l'existence de l'automatisme pathologique supérieur ne semble pas contestable.

Son existence isolée ne nous semble pas fréquente. Le plus souvent il s'associe aux automatismes moteur et sensitivo-sensoriel. A cet égard, le phénomène d'observation courante le plus typique est l'écho de la pensée : le malade entend énoncer ses propres jugements, ses propres intentions, quelquefois même avant que lui-même en ait conscience. On peut aussi faire entrer dans l'écho de la pensée la constatation hallucinatoire auditive des actes du sujet.



Ces faits d'automatisme supérieur ne répondent à rien de ce que nous sommes habitués à ressentir. Il n'est donc pas étonnant de les voir presque toujours rapportés à « l'action extérieure » (pour employer l'expression de M. Claude) d'une personnalité étrangère. Le syndrome d'influence tire souvent son origine de l'automatisme supérieur sans qu'il soit besoin d'y adjoindre une constitution paranoïaque : tout comme pour l'hallucination auditive, le malade non interprétateur pourrait théoriquement s'en tenir à l'hallucinose ou même l'hallucination consciente. Mais il faut bien convenir que, plus encore que pour les phénomènes auditifs, l'étrangeté des sensations impose au malade l'interprétation exogène ; interprétation ne signifie pas paranoïa, et il n'est point besoin d'être paranoïaque pour interpréter de façon délirante un symptôme aussi étrange que l'automatisme pathologique psychique ou supérieur.



Pour terminer, signalons que pour M. de Clérambault, cet automatisme est le phénomène fondamental dans les psychoses hallucinatoires essentielles en général ; l'automatisme auditif, par exemple, en dériverait pathogéniquement ; aussi M. de Clérambault appelle-t-il automatisme basal un ensemble symptomatique fait surtout d'automatisme supérieur. D'ailleurs cet auteur critique maintenant activement le terme d'automatisme, et cherche pour s'exprimer des néologismes (mentisme, syndrome de passivité, etc...) que, pour notre part, nous trouvons obscurs et auxquels nous préférons réso-

lument l'expression d'automatisme, parfaitement claire aujourd'hui.

Quant au lien pathogénique qui peut unir les automatismes sensitivo-sensoriel et moteur à l'automatisme supérieur, ce n'est pas ici le lieu d'en discuter. Indiquons seulement ce fait clinique que chez les hallucinés intelligents et confiants on le rencontre très fréquemment dans les premières manifestations de la psychose, en particulier sous la forme d'écho ou de vol de la pensée. Mais pas toujours; même en faisant abstraction des malades trop débiles pour exprimer certaines nuances, ou trop réticents. Ce point sera discuté plus avant au chapitre V.

IV

L'AUTOMATISME PATHOLOGIQUE SYMPTOMATIQUE

Les psychoses à base d'automatisme essentiel nous ont fourni un matériel d'étude particulièrement commode et démonstratif. Mais les faits d'automatisme pathologique ne leur appartiennent pas en propre. Ils se rencontrent aussi à titre symptomatique dans d'autres états morbides qu'il convient d'étudier parce que nous pourrons en retirer des renseignements étiologiques.

⁂

Une question préjudicielle, en quelque sorte, est celle-ci : l'automatisme que nous appelons pathologique peut-il s'observer à l'état normal ? A cette question, nous répondons par la négative. Sans doute, il n'est guère d'homme sain qui n'ait présenté quelque hallucination visuelle ou auditive, souvent d'ailleurs consciente, même en éliminant les illusions de la pénombre qui sont fréquentes. Mais à bien étudier de près ces phénomènes hallucinatoires, on remarque toujours qu'ils sont en rapport avec une intoxication accidentelle, telle que la fatigue ou qu'une digestion troublée. C'est ce qu'exprimait l'Anglais de l'histoire au fantôme qui se présentait devant lui : « Vous, Monsieur, je vous connais : vous êtes le beafsteack que j'ai mangé à dîner ».

Resterait sur ce point à parler aussi de l'état de rêve. Peut-être, en effet, l'esprit se rapproche-t-il alors de l'automatisme pathologique. Mais l'étude vraiment scientifique du rêve est à peu près inexistante à l'heure actuelle et nous ne pouvons former sur ce sujet que des hypothèses absolument gratuites.

L'automatisme supérieur a-t-il son analogue dans la pensée saine ? Nous ne le pensons pas. Pourtant M. de Clérambault dit que de tels phénomènes existent normalement « à l'état naissant », mais se neutralisent les uns les autres : « les négatifs sont les ratés, les positifs sont les déchets de la pensée normale ». Il s'agit d'une formule didactique plus que d'une expression rigoureuse. L'auteur parait l'avoir senti et a placé en correctif : « Les analogies d'aspect entre normal et pathologique n'impliquent pas forcément une identité causale. »

C'est dans la pathologie, et dans la pathologie seulement, que nous observons nettement cet automatisme, ainsi légitimement appelé pathologique.

⁂

Nous ne le trouverons que peu dans les psychopathies physiologiques, dans la *manie* et la *mélancolie* en particulier (1). Sans doute, dans ces deux psychoses les idées d'influence ne sont pas rares, mais le plus souvent, elles résultent de l'interprétation erronée de l'automatisme physiologique. Pourtant, il arrive que l'on note dans la manie un automatisme pathologique assez net, soit sous forme d'hallucinations auditives, soit, surtout, sous forme d'automatisme supérieur. M. de Clérambault insiste sur les hallucinations psychiques dans la manie, mais il indique combien leur diagnostic est difficile à affirmer. Les maniaques sont gens pressés, ils ont beaucoup de choses à dire, et quelquefois emploient des formules synthétiques qui semblent révéler un automatisme pathologique impossible à faire préciser, car la pensée du malade est déjà bien loin.

Dans la mélancolie, l'automatisme pathologique vrai est rare, et généralement de pronostic fâcheux, comme par exemple dans le syndrome de Cottard. Nous avons cependant l'observation d'un malade qui se disait « Mahomet, le bacille

(1) Voir à ce sujet les travaux récents de MM. Logre et Heuyer, Codet, Ceillier, etc.

éternel », affirmait n'avoir plus d'estomac, et sentir ses aliments passer dans sa boîte crânienne ; ce malade, instruit, avait d'ailleurs conscience de l'absurdité de son automatisme cœnesthésique. Il guérit complètement.

Dans les *délires chroniques* de revendication, d'imagination, d'interprétation, il peut exister, tout comme chez les sujets normaux, de rares épisodes, très fugitifs, d'automatisme pathologique, d'ailleurs sans importance. Il se peut agir aussi de grandes constructions hallucinatoires, mais alors le délire s'est compliqué de confusion. Il en est de même dans les bouffées délirantes des dégénérés, mélange de psychose maniaque dépressive et de confusion.

Dans les psychopathies anatomiques, au contraire, nous allons rencontrer fréquemment l'automatisme pathologique en manifestations d'observation facile, stables et tout à fait indiscutables.

⁂

Les *confusions mentales* sont, à coup sûr, le terrain de choix pour l'étude de l'automatisme symptomatique, en particulier, sous sa forme sensitivo-sensorielle. Et comme justement certains de nos contemporains recherchent volontiers le syndrome confusionnel en absorbant par la peau, le poumon ou le tube digestif des drogues variées, l'école de l'Infirmerie Spéciale, qui voit défiler les toxicomanes de notre capitale a pu dresser, en quelque sorte, expérimentalement, une carte des électivités de chaque toxique, alcool, essences, opium, cocaïne, chloral, etc... Il serait vain de rappeler ici les visions terrifiantes, souvent zoopsiques de l'alcoolique, ses hallucinations professionnelles, les hallucinations cutanées des cocaïnomanes, etc... Dans les confusions mentales infectieuses ou auto-toxiques, les phénomènes automatiques ne sont pas rares, et varient considérablement dans leurs allures cliniques.

D'une manière générale, dans les confusions, l'automatisme auditif et surtout l'automatisme supérieur, ont, sans être rares, un rôle bien plus effacé que dans les psychoses à base d'automatisme essentiel. D'autre part, l'automatisme visuel a un caractère de vérité, de réalité tel que les malades tendent la main vers les êtres imaginaires qu'ils voient ; par là, les hallucinations visuelles confusionnelles s'éloignent incontestablement des hallucinations visuelles des automatiques essentiels, lesquelles ont un si curieux caractère d'artificialité.

Cependant, nous pensons que l'automatisme confusionnel peut être rapproché de l'automatisme essentiel. Sans doute, il est d'un autre ordre, mais cela s'explique par la nature des agents pathogènes, dont nous venons d'indiquer l'électivité pour tel ou tel automatisme. Le ou les agents de l'automatisme essentiel, encore mal connus (mais sûrement différents de ceux de l'automatisme confusionnel, sinon quant à leur nature du moins quant à leur mode d'action), ont, cela est naturel, une topographie différente dans leur agression du système nerveux.

⁂

Dans *l'épilepsie* qui par certains côtés s'apparente, nous l'avons dit, aux confusions mentales, l'automatisme mental n'est pas d'une extrême rareté. Négligeons, pour l'instant, les cas où l'épilepsie est symptomatique d'une lésion cérébrale grossière, tumeur ou autre. Négligeons aussi ceux où l'automatisme physiologique libéré par la comitialité, interprété par un paranoïaque, aboutit à des idées d'influence. M. Ardin-Delteil (Montpellier, 1900), qui signale déjà le caractère « automatique » de la comitialité, en étudie les manifestations sensitivo-sensorielles. Il distingue des phénomènes visuels, auditifs, olfactifs, gustatifs. Dans chaque catégorie, on trouve à côté des phénomènes élémentaires, des hallucinations indiscutables et quelquefois fort différenciées. Ces phénomènes sont surtout signalés dans l'*aura*, mais ils existent aussi à titre d'équivalents remplaçant la crise. Dans ce dernier cas, l'étude en est plus difficile, parce que l'état crépusculaire la gêne fréquemment. C'est aussi cet état crépusculaire qu'il faut accuser de notre connaissance imparfaite, des phénomènes d'automatisme supérieur, dans la comitialité essentielle.

L'automatisme pathologique se présente aussi chez les épileptiques avec des caractères plus ambigus : une de nos malades épileptique à crises et à équivalents lors d'un premier placement, vit ensuite s'espacer ses paroxysmes en même temps qu'apparaissaient, de plus en plus nombreuses, des manifestations d'automatisme pathologique où les phénomènes supérieurs prédominaient ; tout cela sans signes de lésions grossières du système nerveux. De tels faits doivent être notés et réservés pour une interprétation ultérieure.

⁂

Parmi les *démences,* toutes peuvent entraîner l'automatisme pathologique symptomatique.

Il est cependant assez rare dans la *démence sénile* et la *démence artério-scléreuse.* Dans la *maladie d'Alzheimer,* M. Lhermitte note les hallucinations auditives et visuelles à titre de phénomènes confusionnels. Mais dans un cas très intéressant de cette maladie, cet auteur signale des hallucinations visuelles en rapport avec une lésion des voies optiques ayant amené la cécité complète.

Dans la *paralysie générale,* tous les neuro-psychiatres ont pu étudier des cas d'automatisme pathologique sous forme d'hallucinations auditives surtout. Signalons des bouffées hallucinatoires avec agitation (dues probablement à un élément confusionnel surajouté), mais aussi de véritables psychoses hallucinatoires chroniques. Par exemple nous suivons depuis plus de quatre ans un paralytique général, à état démentiel relativement peu prononcé et d'évolution lente qui, plus d'un an après le début de son affection, commença à entendre des voix insultant la vertu de sa fille. Depuis lors, ces phénomènes se poursuivent intensément, toujours dans le même sens, sans grande constructivité délirante.

Il existe aussi des manifestations d'automatisme supérieur chez les paralytiques généraux. Mais, nous l'avons dit plus haut, leur étude demande des sujets propres à une introspection relativement délicate et se trouve très difficile chez un dément, ou même un pré-dément (1).

⁂

Cette question de l'automatisme pathologique dans la paralysie générale nous amène à parler de l'automatisme pathologique dans la *syphilis;* il existe des cas signalés par M. Laignel-Lavastine et par M. Heuyer où, sans signes neurologiques ni biologiques de lésions syphilitiques du névraxe, de l'automatisme pathologique apparaît chez un syphilitique assez récent. La filiation des phénomènes, de l'avis même des auteurs, est incertaine. Pourtant, les résultats thérapeutiques

(1) La bibliographie des formes automatiques de la paralysie générale se trouve très soigneusement indiquée dans un récent travail de M. Heuyer, auquel nous préférons renvoyer purement et simplement le lecteur. C'est aussi là qu'il faudra puiser les références relatives à l'automatisme dans les tumeurs cérébrales.

semblent montrer la dépendance des phénomènes psychopathiques et de l'infection.

⁂

Quant aux cas d'automatisme pathologique hallucinatoire, visuels ou auditifs en particulier, qui résultent de lésions grossières du système nerveux, ils sont nombreux et ont trait surtout à des cas de tumeurs cérébrales. La localisation de la tumeur semble jouer un certain rôle dans le tableau clinique : les hallucinations visuelles résultent de tumeurs qui détruisent ou irritent les voies optiques en des points variables de leur trajet (1). Des hallucinations olfactives et gustatives peuvent exister chez les porteurs de tumeurs hippocampiques. Des tumeurs pariétales ont pu amener des hallucinations tactiles et cœnesthésiques. Les tumeurs temporales amènent des hallucinations auditives. Il faut rappeler l'observation classique de M. Sérieux : une plaque de méningite syphilitique localisée amène des hallucinations chez un paralytique général. Nous même, avec M. Bataille, avons publié un cas d'automatisme auditif chez une sourde verbale pure.

⁂

L'automatisme pathologique se manifeste aussi dans des affections organiques du système nerveux à lésions plus discrètes et plus diffuses.

Dans l'*hypertension intra-cranienne* des méningites séreuses (en dehors des cas où cette hypertension résulte d'une grosse lésion, d'une tumeur par exemple), M. Claude et son école ont signalé l'apparition de l'automatisme pathologique. Cet automatisme est curable dans la mesure même où l'hypertension l'est par la ponction lombaire ; la récidive de celle-ci amène la récidive de celui-là.

Nous avons vu l'automatisme auditif résulter d'une insuffisance complexe thyro-ovarienne avec myxœdème acquis de l'adulte. Il est vrai qu'un élément confusionnel auto-toxique semble dans ce cas avoir joué un rôle. Plus démonstratif

---

(1) M. Ludo van Bogaert a récemment rapporté une très complète observation anatomo-clinique de sensations visuelles élémentaires dans une encéphalite algomyoclonique avec cécité. Après réflexion, cette observation ne nous semble pas à conserver dans le cadre de l'automatisme pathologique.

encore était le cas de psychose hallucinatoire chronique consécutive à l'ovariotomie que nous avons publié avec M. Pierre Combemale.

⁂

Enfin, nous devons aussi signaler ici les hallucinations auditives ou visuelles qui résultent d'une irritation par sclérose ou tumeur des voies sensorielles extra-cérébrales et aussi les hallucinations cœnesthopathiques qui résultent de lésions bien visibles: tuberculose pulmonaire, cancer utérin, sympathome, tabès, polynévrite, etc... La limite de ces hallucinations avec l'interprétation délirante de phénomènes douloureux ou paresthésiques est vague. L'hallucination, avons-nous dit plus haut, suppose un ébranlement ectopique. Une ulcéreuse qui dit qu'on lui pique l'estomac accuse-t-elle une sensation, qui réponde à cette exigence ? On peut en discuter et conclure un peu à volonté. En réalité, le départ entre automatisme pathologique et interprétation intuitive physiologique est ici à peu près impossible. Ce sont des cas de transition.

⁂

Dans cette très rapide revue de l'automatisme pathologique symptomatique, nous avons sûrement négligé des détails importants. Nous nous en excusons d'avance ; mais il importait de montrer que le syndrome étudié ici n'a pas toujours une origine mystérieuse comme dans ses manifestations essentielles. Il est de nombreux cas où nous en saisissons facilement l'étiologie, sinon la pathogénie; et cela est important.

Mais, dira-t-on, il est tant de différences cliniques entre les deux ordres de phénomènes ! Il en est tout autant entre l'intoxication mercurielle aiguë et le mal de Bright. Cependant, le syndrome de rétention azotée se développe dans l'un et l'autre cas. Le délirant halluciné chronique et l'alcoolique zoopsique ont précisément en commun ce fait qu'indubitablement en quelque endroit leur machine nerveuse a agi en l'absence de son excitant normal, toute seule, semble-t-il, automatiquement.

D'ailleurs, les faits intermédiaires ne manquent pas non plus. Préférablement à nos observations personnelles, longues à exposer et toujours discutables, relisons les observations classiques des maîtres, et par exemple l'expertise Pierre R. de

Régis; supprimons-en les aveux d'alcoolisme et les signes physiques notés par l'illustre clinicien: nous avons le tableau clinique d'un délire hallucinatoire essentiel, chronique et systématisé ; et cependant, l'automatisme auditif y est nettement en rapport avec l'intoxication. Relisons aussi l'observation Louise C. de M. Claude: sans le manomètre, l'absence presque complète de tout signe d'hypertension intra-cranienne eut fait poser le diagnostic de délire hallucinatoire chronique essentiel.

Notre rôle n'est pas de séparer rigoureusement automatisme essentiel et automatisme symptomatique, mais bien de diminuer de plus en plus le domaine du premier au profit de celui du second. Tout malade qui change de camp voit s'ouvrir devant lui le champ des espoirs thérapeutiques.

V

LES CAUSES DE L'AUTOMATISME PATHOLOGIQUE

Quelles sont les causes de l'automatisme pathologique et comment agissent-elles ? Ce double problème étiologique et pathogénique est certes la partie la plus obscure de notre étude, sauf cependant pour l'automatisme symptomatique dont nous connaissons, cela va de soi, les agents et les lésions, sinon le mécanisme par lequel il naît. L'obscurité règne surtout sur les causes de l'automatisme essentiel.

⁂

Elles ne peuvent être que de deux sortes : morales ou physiques. Nous ne faisons nullement fi des causes dites *morales*. Nous savons trop l'influence de l'émotion sur toutes les fonctions organiques. Nous savons trop que la constitution de l'adolescent contient en puissance l'accès maniaque ou le délire d'imagination. Mais dans le cas présent, nous cherchons en vain une cause morale. Les émotions, les chagrins, le surmenage ne sont pas notés avec une fréquence particulière dans les antécédents des automatiques essentiels. Nous ne voyons pas non plus comment une tendance psychologique constitutionnelle pourrait réaliser le syndrome. Il faudrait réellement

torturer les faits cliniques pour imaginer une telle explication qui n'entraînerait guère la conviction.

Restent les causes physiques. Nous sommes assez disposé pour notre part, à penser que les recherches doivent être dirigées dans ce sens. Notre maître insiste chaque année dans son enseignement, sur l'importance des *signes physiques* du délire hallucinatoire chronique: tremblement, fibrillation des muscles du visage, instabilité vaso-motrice, etc. Il ne semble pas que ces symptômes puissent être mis sur le compte du retentissement mental des phénomènes sensoriels: ce sont plutôt de petits signes de menues lésions nerveuses.

MM. Sérieux et Capgras ont été assez affirmatifs pour parler d'une étiologie auto-toxique du délire hallucinatoire chronique. C'est peut-être aller un peu loin. M. de Clérambault fait de l'automatisme essentiel un syndrome réalisable par bien des intoxications et des infections: « Le processus hallucinatoire chronique est une séquelle lointaine d'infections aiguës oubliées ou même passées inaperçues: diphtérie, fièvre typhoïde, encéphalite épidémique, grippe, troubles puerpéraux, syphilis ayant évolué sans paralysie générale et sans foyers. Il peut être aussi le résultat d'une intoxication chronique, soit exogène (alcool, café), soit endogène (troubles endocriniens, spécialement basedowisme, ménopause naturelle ou chirurgicale). La revue statistique des cas montre de tels antécédents dans une proportion si élevée, qu'ils apparaissent comme cause majeure du processus, les conditions d'innéité ne comptant que comme prédisposantes au moins dans la plupart des cas. »

Que de telles causes puissent réaliser une psychose hallucinatoire chronique, cela n'est pas contestable. Nous avons pris position à ce sujet dans le chapitre précédent. Mais il faut reconnaître que dans la très grande majorité des cas l'étiologie ne se laisse pas saisir aussi facilement. Que cette majorité doive être diminuée de plus en plus au profit de la minorité, c'est une très grande probabilité. Le fait actuel n'en est pas moins que la cause tangible de la plupart des délires hallucinatoires chroniques nous échappe. Quant aux constatations statistiques de M. de Clérambault, elles recherchent un nombre si grand de maladies si fréquentes, que vraiment l'on se demande si beaucoup de sujets, même parmi les plus sains, ont échappé aux facteurs supposés du délire hallucinatoire chronique.

En un mot, nous pensons qu'il faut prendre l'avis de M. de Clérambault comme une hypothèse très vraisemblable, mais encore à démontrer par les recherches ultérieures.

Une comparaison est possible à ce propos entre l'automatisme pathologique et l'épilepsie. Les deux syndromes existent sous deux formes différentes: ils peuvent être l'expression symptomatique de lésions nerveuses ou viscérales évidentes, et ils peuvent aussi avoir des causes fort obscures, voire complètement inconnues. Car nous pensons que les lésions de l'épilepsie essentielle ne sont en général rien moins que bien connues: la gliose, invoquée généralement, ne nous a souvent pas paru sensiblement plus marquée que chez les autres nerveux chroniques; et d'après les travaux récents, il faudrait plutôt diriger les recherches vers le système autonome, à moins que ce ne soit vers la cytoarchitectonie corticale. Malgré cette ignorance étiologique et anatomique, parlons-nous alors d'épilepsie psychogène ? Non pas, nous extrapolons et assimilons le syndrome comitial essentiel au syndrome comitial symptomatique, réduisant d'ailleurs de jour en jour le syndrome essentiel. Cette technique épistémologique bonne pour l'épilepsie, nous semble devoir être retenue pour l'automatisme pathologique; tous ceux qui ont contribué à l'étude de l'automatisme symptomatique, ont ainsi ramené les recherches psychiatriques aux disciplines de la médecine générale. Il importe de continuer dans cette voie.

⁂

Nous venons de dire que la genèse de l'automatisme essentiel est étrangère aux déviations constitutionnelles de l'esprit. Cela veut-il dire que cet automatisme soit uniquement sous la dépendance de facteurs acquis ? Non, certes, car on ne saurait nier, comme M. Rogues de Fursac l'indique, le rôle certain que joue l'hérédité dans cette étiologie. La notion d'infection ou d'intoxication n'élimine pas les facteurs héréditaires ou congénitaux. La chorée chronique semble être une encéphalite toxique et cependant elle a un caractère de fatalité familiale. Notre comparaison avec l'epilepsie est encore de mise ici, puisque dans les deux syndromes automatisme et comitialité, l'hérédité et la congénitalité jouent un rôle capital avec l'appoint souvent très important des facteurs acquis.

L'automatisme pathologique appelé faute de mieux « essentiel », nous semble intermédiaire entre les psychopathies hérédo-congénitales et les psychopathies acquises.

⁂

Et nous en arrivons au mode d'action de ces causes, à la *pathogénie* de l'automatisme pathologique. Il y a plus de trente ans devant ce même Congrès, M. Séglas présentait sur cette question un remarquable rapport limité aux phénomènes auditifs. Bien réservées étaient ses conclusions. Depuis, neurologistes et psychiatres ont beaucoup travaillé, mais combien peu avons-nous à ajouter aux résultats de M. Séglas ! Son rapport pourrait presque être daté de cette année. Reprenons cependant les théories pathogéniques en cours, sur l'automatisme pathologique.

⁂

La théorie *psychologique* de l'automatisme, est un véritable Protée : chaque psychologue qui l'adopte lui donne une apparence nouvelle et il nous faudrait des pages d'explications bien obscures souvent, pour donner un faible aperçu de cette diversité. Cela est d'ailleurs inutile, car nous pensons que toute théorie psychologique de l'hallucination est d'avance frappée de stérilité.

Seule est utile à la psychiatrie cette psychologie « de plein pied », immédiatement accessible à tout « honnête homme », comme celle qui définit la constitution paranoïaque par exemple : la lumineuse clarté de l'explication s'impose alors sans discussion. Mais on ne peut trouver de mécanisme psychologique simple à l'automatisme pathologique, cela nous paraît prouvé. Ceux qui cherchent de ce côté, sont donc obligés d'entasser les abstractions, ce qui n'aboutit qu'à obscurcir de plus en plus la question.

S'attaquer par la psychologie aux problèmes de la perception pathologique, c'est s'obliger à étudier en général la perception en elle-même. On se heurte ainsi à un « irrationnel », selon l'expression de M. Meyerson, dont l'œuvre puissante doit être le bréviaire du chercheur moderne. Leibnitz, dans sa *Monadologie*, par l'apologue du moulin (lequel apologue contient d'ailleurs en raccourci tout le début de *Matière et Mémoire*), montre clairement que nos connaissances de l'ana-

tomie et de la physiologie des voies acoustiques, par exemple, ne pourront jamais nous faire comprendre comment naît la perception auditive normale, qui échappe ainsi à l'explication spatiale, la seule qui soit. Le problème de la perception en soi est un problème métaphysique et à ce titre la perception pathologique n'est pas mieux partagée que la normale.

En réalité, nos efforts doivent tendre à chercher une connaissance des voies de la perception pathologique, comparables à celle que nous avons de la perception normale. D'où part l'excitation ? Où aboutit-elle ? Par quels faisceaux ? Voilà des problèmes solubles. Quant à savoir comment un ébranlement nerveux produit une perception dans la conscience, comment l' « extensif » se traduit en « intensif », c'est, répétons-le, une argumentation qu'il faut laisser aux métaphysiciens.

A l'heure actuelle, les psychologues tendent à faire dériver l'automatisme pathologique d'une dissociation de la personnalité avec regroupement arbitraire des facultés. Tel est le résumé que l'on peut tirer de nombreuses théories, d'ailleurs souvent contradictoires. Nous pouvons indiquer, dès maintenant, que cette dissociation de la personnalité, ce regroupement arbitraire des facultés, nous semblent être des manifestations d'automatisme supérieur. Or, peut-on dire que l'automatisme supérieur soit à l'origine des autres automatismes ? Nous verrons plus loin que non.

⁂

Les théories *physiques*, comme on pourrait les appeler, s'opposent aux théories psychologiques.

Il ne semble pas que l'irritation des expansions terminales des nerfs sensitifs puisse toujours suffire à produire une hallucination. Elle peut, du moins y collaborer d'une façon importante. Il semble qu'on puisse en dire autant des relais sensitifs ou moteurs, ces « purgatoires », de la sensation ou du mouvement.

En réalité, l'automatisme pathologique doit résulter d'une lésion complexe, intéressant à la fois le cortex et les étages inférieurs. La neurologie actuelle montre d'ailleurs que les éléments du système nerveux présentent des sympathies morbides non seulement par voisinage anatomique mais encore par relation physiologique. La pathologie de système tend à

prendre de plus en plus d'importance. Les divers automatismes pathologiques traduisent sans doute des lésions systématiques.

Cette conception a été défendue avec ampleur par M. de Clérambault en une doctrine que nous allons exposer rapidement et critiquer.

⁂

Le syndrome « basal » qui est le noyau de l'automatisme mental (automatisme pathologique), a pour éléments principaux: « les échos, les non-sens, les paresthésies de tout ordre, les phénomènes psycho-moteurs et les inhibitions de tout genre » (ce syndrome fondamental est surtout formé, on le reconnaît, d'éléments empruntés à l'automatisme supérieur que nous avons décrit plus haut). Il résulte d'un foyer d'irradiation (de siège variable) et d'une « sensibilisation physiologique (habitudes abolies, usage récent) » ou plus souvent pathologique. « Toute lésion locale ou diffuse semble devoir être par elle-même une cause de sensibilisation pour les régions avoisinantes et pour les voies y aboutissant ». « Toutes choses se passent comme si des fuites de courant exaltaient les éléments inférieurs de la sphère mentale au détriment du courant principal chargé d'alimenter les données supérieures ». Cette dérivation renforce ces fuites selon une sélection « en raison inverse de la valeur des éléments dans la hiérarchie ». « L'irritation supposée irradie par cycles préformés ; autrement dit des associations physiologiques servent au courant dans quelque mesure comme directions préférentielles ».

Et cette irritation, avec sensibilisation, et dérivation, aboutit à la constitution de la Personnalité Seconde : « l'irritation non seulement élargit ses zones d'influence, mais s'avance elle-même, portée par les lésions histologiques, dans un trajet serpigineux projetant des prurits dispersés, puis de plus en plus confluents. A l'ensemble des connexions physiologiques constituant un réseau normal, base matérielle de notre personnalité, se juxtapose et se substitue un réseau second graduellement plus étendu et plus compact. Le processus qui primitivement exaltait des points isolés, exalte actuellement des systèmes; des lots d'idées sont constitués qui vont s'exploiter comme d'eux-mêmes ».

« Une bonne partie de la systématisation des délires est spontanée et s'organise dans l'inconscient: c'est une erreur de croire qu'elle est due à un travail conscient tardif ».

Enfin, M. de Clérambault décrit de façon pittoresque le ménage, plutôt pire que meilleur, que forment les deux personnalités, la seconde amplifiant, déformant, dégradant les mouvements de la première à laquelle en revanche elle fournit des hallucinations et des intuitions (1). La personnalité première perd de plus en plus du terrain à mesure que le malade avance vers l'état terminal.

⁂

Tel est l'ensemble de la conception de M. de Clérambault. Précisons maintenant quelques points de détail.

« Les hallucinations doivent avoir pour siège des zones comptant parmi les plus élevées, de celles où siège la représensation du moi et dont l'inhibition engendre les idées de négation corporelle, la perte de la vision mentale, etc. Les hallucinations du siège le plus central, ou du moins les plus proches du centre, doivent être les plus complexes en soi, et le plus souvent associées ». Cela explique « la solidarité du triple automatisme ». « Aucune région ne semble actuellement devoir être exclue de celles affectées par l'automatisme ». « Le *primum patiens* dans l'hallucination, ne sera le plus souvent ni central, ni périphérique, mais intermédiaire et d'ailleurs, en général, très proche du centre. »

C'est pourquoi les hallucinations présentent souvent un caractère d'étrangeté. Il semble qu'une « kinesthésie intraneurale » perçoive que l'irritation est ectopique.

Enfin, M. de Clérambault pense que « les causes de la dérivation peuvent être cherchées dans les troubles de la chronaxie », appuyant sur ce point les idées de M. Guiraud. Les phénomènes négatifs résulteraient d' « interférences ».

⁂

---

(1) Cette conception des échanges entre les deux personnalités, exprime de façon imagée des faits cliniques bien connus : l'activité délirante et passionnelle exacerbe, cela est indiscutable, l'automatisme pathologique. A ce propos, nous parlions dans notre thèse de cercle vicieux.

Ce résumé ne saurait donner, à lui seul, l'impression du prodigieux remous d'idées que constitue la doctrine de M. de Clérambault. Il peut tout au moins servir de fil directeur dans l'étude plus complète que le lecteur voudra en faire. Mais un rapporteur est malheureusement surtout un critique, et nous ne pouvons pas ne pas soulever quelques objections. Nous sommes d'autant plus à l'aise pour les faire que globalement nous nous sommes affirmé partisan des idées de l'auteur.

⁂

Pour étayer une doctrine pathogénique, il faut généralement grouper des faits cliniques, étiologiques, physiologiques, anatomiques, etc... Or, sur l'automatisme pathologique (et surtout sur l'automatisme essentiel), quels documents possédons-nous ?

Des documents cliniques en abondance, au premier rang desquels brillent ceux de M. de Clérambault par la rigueur de leur étude et l'originalité de leur discussion; de rares documents étiologiques; peu ou pas de documents physiologiques et anatomiques.

Aussi, pensons-nous que la théorie anatomo-physio-pathologique très complète que M. de Clérambault nous propose, manque de bases suffisantes.

Trop souvent, nous y relevons des expressions telles que : « ce processus que par métaphore et peut être aussi avec vérité nous appelons dérivation » et (à propos des troubles probables de la chronaxie): « ils nous fournissent des métaphores précisant celles empruntées à l'idée de courant; et ces métaphores qui se superposent si exactement aux faits psychiques, pourraient bien être l'exact énoncé des faits physiques ». Ces citations pourraient permettre de supposer que M. de Clérambault s'est exposé au reproche que M. Pierre Janet faisait naguère à d'autres: « De quel droit employer un langage qui laisse supposer que vous vous êtes servi du scalpel et du microscope, et que vous avez résolu un problème colossal d'histologie et de physiologie cérébrale ? »

Il semble bien que M. de Clérambault ait seulement traduit anatomo-physiologiquement la notion psychologique de dissociation de la personnalité, en employant les expressions de : réseau second, dystonie chronaxique, kinesthésie intra-neurale, etc. Or, tous ces termes représentent chacun une hypo-

thèse qui n'a pour ainsi dire pas subi le moindre commencement de vérification (1).

***

Enfin, il semble que l'auteur ait un peu dépassé son but : visant à expliquer le mécanisme de la personnalité pathologique, il en arrive en fait indirectement à expliquer aussi le mécanisme de la pensée normale (qui constitue encore un irrationnel, comme dirait M. Meyerson) en nous initiant à la genèse anatomo-physiologique des idées délirantes. Et cette critique est importante parce qu'il ne nous semble pas exact de dire que l'organisation du délire est primitivement un fait inconscient, explicable par le même mécanisme que l'hallucination. M. de Clérambault, avec beaucoup de talent, a lui-même montré la si curieuse attitude explicative des hallucinés chroniques au début, et d'ailleurs ni l'automatisme supérieur du syndrome « basal », ni la dissociation de la personnalité ne sont observables dans maints cas de psychose hallucinatoire chronique. La dissociation, comme nous l'avons montré dans notre thèse, résulte au contraire, souvent, de l'évolution des hallucinations et du délire qu'elles amènent. Nous avons tous observé que l'apparition de l'automatisme pathologique provoque chez le malade l'explication exogène par une interprétation (bien concevable, vu l'étrangeté du phénomène). Le mécanisme de cette explication relève d'un automatisme physiologique tout naturel, accompagné plus ou moins d'une attitude quasi-scientifique de l'esprit.

Si les faits n'autorisent pas à placer toujours le syndrome « basal » à l'origine de l'automatisme mental, l'instinct scientifique nous indique aussi que ses éléments, constitués surtout par de l'automatisme supérieur, seront les plus difficiles à expliquer, si même cette explication est jamais possible. Il est probable, au contraire, que des recherches patientes arriveront un jour à nous faire connaître le point de départ et les voies des phénomènes sensitivo-sensoriels ou moteurs, au moins dans leurs manifestations les plus simples.

***

(1) Cependant, il s'en faut qu'elles soient invraisemblables. Des faits de pathologie médullaire trop longs à exposer ici seraient peut être explicables par une kinesthésie intra-neurale. D'autre part, M. Daniel Santenoise nous a parlé de recherches (inédites encore, pensons-nous) qui tendraient à confirmer l'hypothèse des troubles de la chronaxie.

M. de Clérambault (d'accord sur ce point avec les pensées kræpelinienne et bleulérienne) réunit en une pathogénie d'ensemble à base d'automatisme, le délire hallucinatoire chronique et la démence précoce. Mais, dans la démence précoce, dit-il, les phénomènes positifs grossiers (tels que les impulsions) et les phénomènes négatifs inhibiteurs, dominent et amènent rapidement l'anéantissement de la personnalité première, l'état terminal, par le mécanisme suivant: « Les lésions finissent par supprimer tout rendement, les associations logiques disparaissent; mais les cadres syntactiques persistent, manipulant correctement des mots vides. »

Pourquoi ces phénomènes chez les jeunes, et les délires chez les autres ? A cette question (posée depuis longtemps par Kræpelin), M. de Clérambault répond par ses trois lois, de la Hauteur (les cellules les plus inférieures de l'axe nerveux se défendent le mieux), de l'Age (les cellules nerveuses basses ou élevées se défendent d'autant mieux que l'organisme est plus âgé), de la Massivité (elles se défendent d'autant plus complètement que l'attaque à repousser est plus lente).

Dans la démence précoce, l'attaque serait massive et l'organisme jeune. Cela expliquerait la gravité du tableau clinique.

⁂

Pour nous, comme M. Claude dans son travail capital de l'an dernier, nous pensons que dans la démence précoce il y a lieu d'établir une subdivision et nous distinguons (réserve faite de notre conception syndromique de la schizophrénie):

1° la démence vraie des jeunes gens (celle des premiers auteurs français) psychopathie anatomique qui n'a rien à voir ici ;

2° l'exagération d'une schizoïdie constitutionnelle en une schizophrénie, psychopathie physiologique, qui ne nous intéresse pas pour l'instant;

3° la schizophrénie acquise, d'origines mal connues, qui semble particulièrement visée par l'explication de M. de Clérambault.

Or, il n'est pas douteux que des faits cliniques nombreux existent, qui autorisent un rapprochement entre cette troisième variété de démence précoce et le délire hallucinatoire chronique; cliniquement, la transition entre les deux ordres de

manifestations morbides est insensible. Mais nous devons nous rappeler que la clinique n'est que la traduction extérieure des phénomènes qui constituent la maladie et qu'elle ne peut nous autoriser complètement à rapprocher deux tableaux morbides au point de vue biologique.

Naguère nous séparions délire hallucinatoire et démence précoce au nom de l'anatomie pathologique, les lésions de la démence précoce étant connues, celles du délire, non. Mais la lecture des travaux ultérieurs, et aussi notre expérience personnelle, nous ont montré que la doctrine anatomo-pathologique de la démence précoce est loin d'être définitivement assise.

Cette différence capitale disparaissant, il est séduisant de penser que démence précoce et délire hallucinatoire chronique peuvent être dans une certaine mesure rapprochés au point de vue pathogénique. Les remarques cliniques de M. de Clérambault sur le dosage des phénomènes subtils et des phénomènes déficitaires, selon l'âge du malade, sont extrêmement suggestives à cet égard.

⁂

Enfin, il conviendrait d'étudier à la lumière de la notion d'automatisme, les obsessions, les impulsions obsessives et les craintes obsessives. Cela serait d'autant plus intéressant que la parenté entre le délire hallucinatoire chronique et certaines formes d'obsessions est indéniable.

Mais il conviendrait de définir rigoureusement ces états morbides, ce qui n'est pas aisé. Une idée fixe acceptée par le sujet ne doit pas être considérée comme une obsession. D'autre part, certaines idées fixes que le sujet repousserait volontiers, ne résultent pas d'un automatisme pathologique, mais bien du jeu normal de l'automatisme physiologique. Un scrupuleux constitutionnel, par exemple, importuné par la pensée d'avoir oublié le timbre en mettant une lettre à la poste, présente un souci normal dont l'importance s'exagère du fait de la constitution morbide du sujet.

Enfin, souvent, le phénomène obsédant a un caractère d'absurdité, d'incongruence tel qu'on ne peut guère le mettre que sur le compte d'un automatisme pathologique. Un de nos sujets ne pouvait se déshabiller sans déboutonner puis rebou-

tonner trois fois chaque bouton, avant de le déboutonner définitivement. Par de tels malades, on peut insensiblement passer de l'obsession aux formes graves de l'automatisme essentiel, surtout de l'automatisme supérieur, telles que nous les avons étudiées dans le troisième chapitre. M. de Clérambault, dans une conversation, nous disait qu'à son avis, il fallait distinguer des phénomènes obsessifs bénins, et d'autres plus graves, prodromes du grand syndrome d'automatisme. C'est de cette opinion que s'inspire la classification que nous esquissons.

Il y aurait lieu d'ailleurs de faire une étude spéciale des cas intermédiaires entre les deux formes, ne serait-ce que parce qu'on y trouverait un mode d'exploration facile de la zone frontière entre l'automatisme physiologique et l'automatisme pathologique.

CONCLUSIONS

L'esprit humain possède un « réglage » qui lui permet, normalement, d'accomplir automatiquement certains actes. L'importance de cet automatisme normal dans la psychologie courante est capitale, et d'ailleurs bien connue depuis longtemps. A l'état pathologique, l'automatisme normal est susceptible de grandes variations.

Il s'y surajoute quelquefois (et s'y intrique) un autre automatisme, automatisme pathologique, élément fondamental des hallucinations sensitivo-sensorielles, motrices et psychiques.

Cet automatisme pathologique est souvent cryptogénétique. Mais les recherches modernes le montrent de plus en plus souvent symptômatique et il est logique de considérer qu'il a probablement toujours une base organique.

Comment cette base organique crée-t-elle l'automatisme ? C'est un problème encore bien obscur, où il ne faut aventurer les hypothèses qu'avec prudence.

Il semble que la notion d'automatisme puisse être utile dans la compréhension de certains faits de démence précoce et d'obsession.

ADDENDUM

M. Ceillier a communiqué à la *Société de psychiatrie,* en mars dernier, un important travail publié dans l'*Encéphale* d'avril qui nous est parvenu en mai. Nous n'en avons eu connaissance qu'après avoir déjà envoyé notre rapport. Il nous eut d'ailleurs été impossible d'incorporer à notre travail achevé, la longue discussion que mériteraient les idées de M. Ceillier. Nous pouvons tout au plus les résumer dans cette annexe.

M. Ceillier élimine de son étude les « hallucinations sensorielles vraies » (ce que nous avons appelé l'automatisme pathologique sensitivo-sensoriel). Les hallucinations psychiques et le syndrome d'influence dériveraient du « sentiment d'automatisme dont le point de départ réside dans la désappropriation au moi de certains faits psychiques qui apartiennent réellement au malade, à sa personnalité une et indivisible ». Le fait primitif, pour M. Ceillier, serait le sentiment de dépersonnalisation.

M. Ceillier « considère comme un fait prouvé amplement, indubitable, l'origine psychique et surtout affective d'un grand nombre d'états pathologiques s'accompagnant d'un sentiment d'automatisme ». Il faut donc, pensons-nous, qu'il résulte de la constitution psychologique du sujet. M. Ceillier décrit cette constitution qu'il considère comme opposée à celle des paranoïaques, et « où prédominent la crédulité, la faiblesse du *caractère,* et de la synthèse mentale, l'absence de volonté, le besoin de direction, de réconfort, de merveilleux ».

Sans nier le rôle possible des facteurs organiques, M. Ceillier s'affirme cependant nettement partisan des doctrines psychologiques. « Entre deux réalités, l'une psychologique, l'autre physiologique, on devrait préférer la première », « la réalité psychologique aboutit à une connaissance absolue alors qu'une connaissance scientifique n'est que relative ».

DISCUSSION

M. Paul COURBON (de Paris). — La division des psychoses en trois groupes distincts de M. Nayrac est tout à fait légitime. Mais les étiquettes : anatomique, physiologique et automatique ne sont pas heureuses. Toutes les maladies sont l'expression d'une perturbation physiologique. L'automatisme est physiologique. La confusion mentale ne comporte aucune lésion anatomique, et il n'y a pas maladie, si le nombre de quelques éléments anatomiques lésés d'un organe est physiologiquement suppléé par les éléments anatomiques restés sains, témoin les cicatrices.

Quant aux rapports de l'automatisme mental avec un substratum physique, il me paraît impossible de concevoir un état mental donné, sans un état physique particulier qui le conditionne. Les psychoses constitutionnelles elles-mêmes ne cessent d'être constitutions pour devenir psychoses que quand il y a eu modification physique, comme le prouvent les modifications du R. O.-C. Il en est de même à plus forte raison de l'automatisme mental pathologique ; mais nous ignorons la nature de ses conditions biologiques et le mécanisme de sa production. Lorsque nous faisons des hypothèses sur des analogies prises dans nos connaissances en biologie, en neurologie, en physiologie, etc., et que nous les donnons comme vraies, nous ressemblons aux médecins de Molière qui, ajoutant des terminaisons en *us,* en *a* et en *um* aux mots français, croyaient parler latin. Ils faisaient du latin de cuisine qu'ils comprenaient entre eux mais qu'un Romain n'eût pas compris. Je ne dirai pas que nous fassions de la biologie de cuisine, car nous dépensons beaucoup d'éruditions, mais nous faisons une biologie fantaisiste de cabinet et non une biologie contrôlée de laboratoire.

L'automatisme mental est un mode d'activité qui se rencontre aussi bien sur un psychisme normal que sur un psychisme malade. Ce n'est donc pas lui qui constitue la maladie.

Les phénomènes amenés par l'automatisme mental sur un psychisme normal sont des phénomènes d'habitude ou de distraction qui, conscients ou inconscients, ont pour caractère

essentiel de ne pas inquiéter le sujet. Et ils ne l'inquiètent pas, parce qu'ils ne lui semblent pas se passer en dehors de sa personnalité ; ils ne heurtent pas sa synthèse personnelle. Le sujet se les approprie ou tout au moins les tolère sans souffrir.

Les phénomènes amenés par l'automatisme mental sur un psychisme pathologique, au contraire, inquiètent le malade dès qu'il les constate. Et ils l'inquiètent parce qu'ils s'accompagnent d'un sentiment d'étrangeté, du sentiment de se produire en dehors de la personnalité ou même malgré elle, d'être émancipés de toute influence de la synthèse personnelle. Ce sentiment est mis en évidence par l'automatisme mental, mais il est produit par la maladie et non par lui.

Reste à savoir pourquoi le sujet s'inquiète des phénomènes qu'il devrait déjà connaître, puisque les phénomènes de distraction et d'habitude qu'il a déjà eus, sont eux aussi automatiques ? La raison en est dans le fait, que ces phénomènes automatiques nouveaux ont une concomitance dont ils étaient privés jadis, concomitance que le malade est impuissant à nous décrire parce qu'aucun mot n'existe pour la traduire. Ces états absolument incomparables à tout ce qu'il a éprouvé jusque-là, il les exprime par son inquiétude, n'ayant pas de termes pour les dire.

Les états de conscience morbide comportent des éléments qu'une conscience normale ignore et qu'elle ne peut pas se représenter, parce qu'ils ne peuvent pas être élaborés discursivement, ni être organisés logiquement. Ces éléments sont inconceptualisables. Nos efforts sont vains quand nous voulons expliquer clairement les états de conscience morbide. De là, les contradictions et les inintelligibilités des théories normorphiques sur l'automatisme mental pathologique. Un cerveau sain ne peut pas plus reproduire un état de conscience morbide, qu'un rein sain ne peut produire d'albumine.

Est-ce à dire qu'il faille renoncer à prolonger nos efforts pour pénétrer le mystère de la pensée psychopathique ?

Non pas. Mais alors, dotons nos investigations psychologiques d'instruments meilleurs que ceux dont la nature nous a doués. Actuellement, des paroles et des actes du malade qui est devant nous, nous ne savons retenir qu'une partie de ce que nous en percevons. Nous laissons passer une foule de mots, de gestes, de silences. Avec ce que nous avons attrapé, nous faisons comme les enfants avec leurs jouets en cubes : nous construisons un édifice conforme aux modèles de nos livres,

et nous rejetons tout ce qui n'est pas utile à la copie. Les psychanalystes sont très forts à ce jeu là. Or, dans les phrases, les intonations, les sons, la mimique, dans les rapports de nos questions et des réponses, dans la chronologie des idées émises, etc..., tous phénomènes que notre attention laisse échapper, se trouvent sans doute de précieux documents. La récolte de la totalité des réactions du psychopathe et leur étude à tête reposée, sont la condition du progrès de notre science. L'avenir de la psychiatrie est dans l'emploi combiné du cinématographe et du phonographe pour l'examen des aliénés. Si nous avions pu y recourir, la question de l'automatisme mental serait plus éclaircie qu'elle ne l'est aujourd'hui.

M. Pierre Janet (de Paris). — Le Congrès des Aliénistes Français de 1927, me procure un sentiment bien agréable, il me rajeunit. Voici que réapparaissent toutes les conceptions, toutes les discussions qui avaient rempli ma jeunesse, il y a malheureusement longtemps, quand je publiais, de 1886 à 1892, mes études sur l'automatisme. La spontanéité de certains automatismes partiels, les actes automatiques subconscients, les réminiscences traumatiques latentes, les désagrégations psychologiques, les dissociations de la personnalité, tout cela ressuscite. J'ai eu cet automne une surprise analogue au congrès des aliénistes suisses à Zurich, où j'avais été si aimablement invité. Vous figurez-vous qu'en Suisse, les médecins psychiatres osent parler de suggestion et d'hypnotisme. Je leur ai dit qu'ils avaient bien du courage et qu'en France personne ne pourrait être aussi audacieux. Je me trompais, et si on ne vous arrête pas, le Congrès des aliénistes français va bientôt parler de l'hystérie. Rien ne meurt et les idées paraissent, disparaissent et reparaissent suivant un rythme régulier.

Puisque vous allez répéter les idées que nous exprimions autrefois, je voudrais vous faire, si c'est possible, profiter de notre expérience et vous mettre en garde contre les écueils que nous avons rencontrés. Nos idées qui n'étaient pas si mauvaises, puisque ce sont les vôtres aujourd'hui, ont été soumises à une critique sévère qui a provoqué leur disparition pendant trente ans. Nous prenions comme point de départ de nos interprétations les faits de l'amnésie post-somnambulique, des doubles personnalités, de l'écriture automatique, des médiums, des discussions du médium avec son esprit, des

plaisanteries et des mots sans signification, qui surgissent des profondeurs du subconscient. On a répété que ce n'était pas là des faits naturels et primitifs, mais des résultats artificiels de la suggestion. Ainsi présentée, la critique était puérile, d'autant plus qu'à cette époque on se dispensait de comprendre la suggestion elle-même. Mais il y avait dans cette critique une part de vérité dissimulée, c'est que dans ces phénomènes il y avait déjà des croyances, des interprétations, des délires du sujet et que nous ne pouvions pas étudier un phénomène simple et primitif. Aujourd'hui, quand vous parlez de nouveau de cet automatisme et de cette désagrégation, vous prenez comme point de départ des phénomènes en apparence différents, les échos de la pensée, le vol de la pensée, les déclarations des sujets qui se déclarent des « mannequins dont quelqu'un tient la ficelle », les inspirations, etc..., cela vous paraît plus sûr que l'amnésie somnambulique ou l'écriture des médiums. Il ne s'agit plus, dites-vous, de délires du sujet, car le délire se construit postérieurement, il s'agit de sentiments simples. Le sujet sent que sa pensée est répétée sans qu'il le veuille, que sa pensée est volée, il sent qu'il n'agit plus lui-même, que dans telle action sa personnalité n'est pas intervenue ; et un sentiment, comme l'enseignait autrefois Jouffroy, est toujours absolument vrai.

Hélas, rien n'est à l'abri de l'erreur et je me permets de dire que les sentiments eux-mêmes sont des constructions qui peuvent être fragiles et qu'il y a des délires du sentiment. Une jeune fille de 16 ans se présentait au laboratoire en gémissant: « C'est bien triste d'être aveugle à mon âge, est-ce que je serai toujours aveugle ? » Elle n'avait aucun trouble de la vision et lisait les plus petites lettres du tableau de Wecker. Ce n'était pas précisément un délire puisqu'elle ne cherchait pas à tromper en ne lisant pas, puisqu'elle ne se comportait pas comme une aveugle. Elle savait bien qu'elle voyait, mais elle avait le sentiment d'être aveugle (1).

Une autre malade, dans une de ces crises bizarres de psycholepsie que je décrivais autrefois à l'Ecole de médecine de Harverd, Université de Boston, expliquait que sa souffrance la plus pénible était causée par le sentiment qu'elle était devenue invisible. Ce sentiment se rattache au désir passionné de ces malades d'être entourés, soignés, aimés. Pour le moment, je

(1) *Obsessions et psychasthénie*, 1903, I, p. 298 ; II, p. 54.

remarque seulement que cette grosse dame, n'était pas du tout invisible.

Dans les échos de la pensée, dans les vols de la pensée dont j'ai étudié au moins une forme dans un dernier travail (1), dans toutes ces illusions de mort, d'automatisme, de dépersonnalisation, il y a énormément de sentiments du sujet qui peuvent être bien erronés. Je vois d'après les rapports si bien faits qui nous ont été présentés, que vous attribuez une grande importance à ce phénomène bizarre du dévidage des souvenirs. Ce phénomène peut se présenter sous deux formes: il existe d'abord comme une conduite psychologique réelle. Une jeune fille refusée au baccalauréat devient agitée et pendant quarante-huit heures récite, sans s'arrêter, les matières de son manuel. C'est une conduite de dévidage des souvenirs. Dans les cas si souvent cités et si mal vérifiés d'illusion de mémoire au moment d'un danger mortel, les sujets qui ont été retirés de l'eau, qui viennent d'échapper à un grand danger, qui ont certains vertiges épileptiques ou certaines crises d'extase, racontent qu'ils ont eu le sentiment de voir défiler dans leur esprit les souvenirs de toute leur vie. Quand j'ai pu vérifier comme dans les derniers cas, il n'y a eu aucun dévidage réel et le sentiment est purement illusoire.

Je voudrais vous montrer, par un exemple, comment le sentiment d'automatisme peut déterminer des erreurs de diagnostic. Une jeune femme de 30 ans que j'ai décrite dans divers travaux sous le nom de Cora, se plaint d'un accident bizarre : c'est que souvent elle se réveille subitement dans les rues de Paris, comme si depuis une heure elle avait fait le trajet en dormant. J'ai cru d'abord à une fugue faite dans un état automatique ; vérification faite, la malade ne présente rien d'anormal avant le prétendu réveil. C'est à ce moment qu'elle a des sentiments d'automatisme intenses qu'elle projette sur ses souvenirs et qu'elle applique à sa conduite pendant l'heure précédente. C'est une amnésie rétrograde affective. D'ailleurs, j'ai eu l'occasion de montrer dans une conférence faite à Genève sur « Les souvenirs irréels », comment le sentiment de l'irréel et de l'automatisme se projettait sur des événements passés qui n'avaient aucunement présenté ce caractère (2).

Les autres phénomènes psychologiques que ces auteurs

(1) *Les médications psychologiques*, 1919, II, p. 175-178.
(2) Les souvenirs irréels. *Archives de psychologie de Genève*, 1924.

prennent comme exemple d'un automatisme dissocié, sont les hallucinations. Au risque de vous paraître bien sceptique, je vous dirai qu'il ne faut pas s'appuyer imprudemment sur le phénomène de l'hallucination. C'est un phénomène complexe, très divers et dans lequel interviennent bien des sentiments pathologiques. Il y a bien plus souvent des sentiments d'hallucinations que des hallucinations véritables. Il serait trop long de vous expliquer, comme j'ai fait dans mon dernier livre « de l'angoisse à l'extase », que dans l'hallucination entrent des sentiments de présence et des sentiments d'automatisme.

Comme l'a très bien montré M. Ceillier dans son article publié par l'*Encéphale,* en mars dernier, ce sont presque toujours des faits de sentiment d'automatisme qui ont été apportés comme preuve de cet automatisme dissocié que l'on veut faire réapparaître aujourd'hui.

Défiez-vous de ces sentiments exprimés par les malades. Ils sont susceptibles d'erreur comme nos anciennes écritures automatiques des médiums. Ils sont produits par un mécanisme tout à fait différent de celui que vous appelez l'automatisme. C'est par sympathie pour d'anciennes idées que nous voyons avec plaisir répétées aujourd'hui, c'est par sympathie pour les intéressants rapports qui ont été présentés sur ce sujet que je me permets de vous donner les conseils d'une expérience avertie et que je vous demande de réfléchir avant de construire des syndromes imaginaires.

M. Quercy (de Rennes). — S'il faut définir l'Automatisme mental par les mystères des Synthèses et des tensions psychologiques, mieux vaut s'en tenir à des *faits* d'automatisme. Par malheur, ils sont trop, et réunir sous le mot automatisme mental, mentisme et délire systématisé, c'est tout confondre sans profit. Il est, par contre, excellent de souligner le parasitisme de ces faits, d'y voir des *sensations,* des perceptions originales et de considérer leur valeur logique et affective comme contingente et secondaire, de tirer ces états psychiques d'un état cérébral, matériel, et d'enchaîner phase neurologique, phase de sensations et idées, phase affective, phase délirante.

Je doute que M. Séglas accepte la paternité de cela. Il dit ces faits automatiques par tradition, et une preuve, c'est que ses délirants systématiques sont d'abord orgueilleux, puis interprétants, puis délirants, enfin hallucinés, l'hallucination étant finale et contingente. Les vrais ancêtres sont la Pléïade,

Leuret, Lélut, Peisse, Delasiauve, Maury, Moreau et Baillarger, le Bergsonien de 1855 étant Bousquet. Leur type d'automatisme mental était le rêve et l'hallucination, et on rejetait la théorie de l'hallucination, — fruit des méditations du malade. On disait : les préoccupations (non les réflexions) peuvent *disposer* à l'hallucination, mais il faut de plus un *état hallucinatoire* de détente, de rêve, un état cérébral spécial. On annexait à l'automatisme mental les confus, la manie et la mélancolie (A. M. à fuite des idées et A. M. à idée fixe), les délires systématiques enfin ou futur automatisme mental synthétique et organisateur ; on illustrait même le délire systématisé, — délire de rêve avec des persécutés obsédés.

A côté de l'automatisme mental restreint ou généralisé, il y a l'automatisme mental universel, et l'ancêtre est ici... Spinoza. On paraît confondre les organicistes avec ce Rochoux de 1846 pour qui tout fait psychique n'avait que des causes matérielles et qui offrait 10.000 fr. à qui prouverait le contraire ; on parle timidement d'une énergie spirituelle indivisible, donc indépendante du cerveau, on n'ose pas dire substance spirituelle ou... l'Ame ; on accepte enfin certaines actions du cerveau sur l'esprit et on se jette dans l'engrenage organiciste, qui n'est heureusement pas encore en marche, tout cela par oubli des clartés cartésiennes. Ayant étudié ailleurs Spinoza clinicien, je me borne ici à des têtes de chapitre :

L'Ame est un automate : indépendant de toute action cérébrale, soumise à des lois rigoureuses, identiques à celles de la matière. L'A. mental et l'A. cérébral n'ont aucun point de contact. Il y a deux A. M. : l'un égrène les faits psychiques comme au hasard, comme dans le rêve, l'autre les enchaîne dans un ordre qui satisfait notre raison.

Les hallucinations ont deux sources : 1° des préoccupations psychiques qui n'aboutissent à l'hallucination qu'après détente, au début du sommeil par exemple ; 2° un état psychique inconnu et, en attendant qu'on le scrute, des mécanismes cérébraux extra-conscients (1).

Bref, la théorie de l'automatisme mental a des origines au moins cartésiennes, dans le détail. L'automatisme mental actuel, toute la folie, est trop général pour être utile.

Il faut essayer de faire de la crypto-psychologie — la psy-

---

(1) Prophéties, Prophètes, in *Tr. Théol. Pol.* Lettre à Peter Balling sur les hallucinations.

chanalyse en est une, tout en restant organiciste. Descartes disait dans ce sens : « Si on rend l'homme ordinaire plus habile, c'est à la médecine qu'on le devra » et Leibniz : « Les deux méthodes sont bonnes et ceux qui les pratiquent ne doivent pas se maltraiter. »

M. Laignel-Lavastine (de Paris). — J'ai quitté hier Amsterdam et le Congrès International d'Histoire de la Médecine pour rendre hommage par ma présence aux travaux des deux rapporteurs, que je n'ai pu que parcourir. Aussi donnerai-je plus mon opinion qu'une critique des deux rapports. Cependant, comme l'automatisme mental a été envisagé par l'un des rapporteurs dans son sens large, et par l'autre dans son sens étroit nettement déterminé *d'évasion verbale et praxique avec appropriation à autrui* de ses manifestations, je dirai un mot relativement à ces deux points de vue.

Pris dans son *sens large*, l'automatisme mental embrasse presque toute la psychiatrie, car, selon la définition de mon Maître Pierre Janet, l'automatisme mental répond à l'activité humaine dans ses formes les plus simples. Compris ainsi, l'automatisme mental fait aussi partie de la psychologie normale. Les mêmes lois le déterminent chez l'homme sain comme chez le malade selon le grand principe de Claude Bernard, qui s'applique à toute la biologie. Ce qui est pathologique, ce n'est pas son apparition, c'est son évasion intempestive hors de complexes psychiques coordonnés et c'est aussi et souvent simplement la croyance à son existence.

En effet, certains malades sont frappés par la constatation ou l'apparition en eux de manifestations psychiques automatiques relevant de l'habitude par exemple, qui laisseront l'homme sain parfaitement indifférent.

Quoiqu'il en soit, ce qui importe en clinique, c'est dans la sphère psychique l'apparition d'une relative autonomie de l'automatisme mental tenant à la libération des connexions psychiques habituelles. C'est ce que j'ai appelé dans mes leçons de Ste-Anne, quand je remplaçais Ernest Dupré, « l'Evasion des automatismes ».

L'évasion des automatismes verbaux et praxiques fut la première décrite, et Moreau de Tours sut la relier à l'intoxication dans son livre si remarquable sur le « Haschich ». Cette évasion résulte le plus souvent d'une insuffisance aiguë ou chronique de la fonction d'*auto-conduction* si bien décrite par Tou-

louse et Mignard. Cette insuffisance de l'auto-conduction, si remarquable chez les schizophrènes, dépend soit d'une fatigue momentanée, soit d'un affaiblissement psychique.

Si, dès lors, au point de vue descriptif et pathogénique, la discussion manque de clarté, c'est en partie, à mon avis, en raison de la confusion, souvent faite par les auteurs, des trois modes cardinaux de l'observation psychiatrique : le mode psychologique, le mode physiologique, le mode morphologique.

On l'a bien vu dans le tournoi récent entre MM. Ceillier et Heuyer, relativement aux beaux travaux de M. de Clérambault. Quand on analyse l'automatisme mental dans le plan psychologique, on doit, dans la description, rester dans la terminologie des faits psychiques. Quand, en clinicien, on cherche sous le syndrome psychique les conditions physiologiques, on entre dans le domaine de la physiologie somatique et on a le droit de se servir des termes courants de la biologie organique.

Enfin, a-t-on des autopsies, dont les lésions constatées sont à mettre en rapport avec les faits relevés par les méthodes psychologiques et physiologiques, il y a lieu de se servir du langage morphologique, mais seulement alors, et ne pas mélanger en cours de route les trois points de vue.

Envisageant ainsi *au sens étroit* l'automatisme mental, tel que l'a limité Lévy-Valensi, je ferai remarquer que sa description psychiatrique est déjà parfaitement nette dans l'œuvre de Séglas et de Gilbert Ballet. En particulier, mon regretté maître a bien montré avec sa clarté schématique que le noyau du syndrome était représenté par *l'écho de la pensée, le vol de la pensée.*

Au point de vue psychologique, le syndrome d'évasion de l'automatisme verbal et praxique avec appropriation à autrui a été particulièrement fouillé par Revault d'Allonnes et surtout par G. de Clérambault. On avait cru qu'il était toujours l'expression d'un caractère *paranoïaque.*

J'ai montré dans mes leçons de Ste-Anne qu'il pouvait survenir chez des individus sans trace de caractère paranoïaque. Dans ce cas, il entraîne difficilement et très tardivement des idées de persécution. On pense maintenant qu'il est l'expression du caractère schizoïde.

C'est logique, mais il faudrait d'abord nettement s'entendre sur les limites du caractère schizoïde. En tous cas, il est bien certain qu'un trouble intellectuel, ni même affectif, ne suffit à le faire naître. Dégagé des interprétations secondaires, que trouve le malade pour l'expliquer, il n'est pas *psychognétique.*

Il est, par contre, *physiognétique,* survenant quelquefois peut-être par irritation élective de certains groupes fonctionnels, et, en général, par insuffisance de *l'auto-conduction* dépendant elle-même de fatigue ou de démence. Il apparaît ainsi comme une application de la loi générale de Jackson de l'hyperactivité des centres inférieurs, déterminée par l'insuffisance des centres hiérarchiquement supérieurs. On peut objecter à cette théorie physiologique que l'évasion des automatismes verbaux et praxiques avec appropriation à autrui peut résulter aussi de l'entraînement spirite ou ascétique. Mais cet entraînement lui-même a des facteurs physiologiques. On constate des modifications de l'excitabilité vagale, et j'ai montré ailleurs que cette hyperexcitabilité vagale, déterminée par le jeûne, les veilles, ou certains toxiques, favorise l'évasion psychique automatique ; ce syndrome d'évasion verbale et praxique a donc bien une physionomie organique. Ce n'est pas dire qu'il soit toujours histognétique. Il ne faut pas confondre *organique* et *lésionnel* ; un syndrome organique peut être physiopathique dans certains cas, lésionnel dans d'autres. Je pense qu'il en est ainsi du syndrome d'évasion des automatismes verbaux et praxiques avec appropriation à autrui. De ce qu'on l'observe comme le noyau psychique fondamental de la psychose hallucinatoire chronique, ce n'est pas une raison suffisante pour lier toujours son mécanisme total à celui de cette affection.

Pathogéniquement, il ne doit pas être confondu avec la *psychose hallucinatoire chronique* ou les états voisins, de même que le syndrome d'hypertension portale ne doit pas être confondu avec la cirrhose de Lannec ou les états voisins.

La psychose hallucinatoire chronique a tous les caractères d'une affection cérébrale d'origine infectieuse ou toxique. Dans certains cas, l'alcool et la syphilis ne sont pas niables. Le syndrome d'évasion verbale et praxique a aussi des caractères d'organicité, mais très souvent seulement dynamiques.

Je conclurai donc : *syndrome physiognétique dans son noyau essentiel, l'évasion des automatismes verbaux et praxiques avec appropriation à autrui se complique souvent d'apports explicatifs psychognétiques.*

D'autre part, il est en général dans ses formes chroniques l'expression d'une atteinte non plus dynamique mais lésionnelle de l'encéphale.

D'un mot : c'est un *syndrome non psychognétique, non toujours histognétique, mais toujours physiognétique.*

M. G.-G. de Clérambault (de Paris). — **Syndrome mécanique et conception mécaniciste des psychoses hallucinatoires.**

Je n'ai à parler ni de l'Automatisme Psychologique normal, ni d'aucune des formes innombrables de l'Automatisme Morbide. J'éviterai d'employer le mot Automatisme, qui donne lieu à trop d'équivoques. Je ne désignerai le Syndrome, objet exclusif de mon étude, que par le terme Syndrome S.

I. — Cohérence du Syndrome

Ce Syndrome est constitué de données psychiques ou psycho-sensorielles à apparences mécaniques ; il peut être encadré ou non de phénomènes sensitifs, moteurs ou sensoriels grossiers et d'idéation thématique. Pour la liste complète des éléments du Syndrome et de son cortège, voir série d'extraits dans *Annales Médico-Psychologiques*, février 1927, ou mieux les textes originaux indiqués dans ce même article.

Le Syndrome en question, bien qu'essentiellement psychique (verbal, idéique, émotionnel, volitionnel), doit, au point de vue doctrinal, être constamment rapproché de son cortège facultatif, tout spécialement des troubles sensitifs et moteurs, auxquels l'hypothèse d'une origine idéo-affective semble être difficilement applicable.

Le Syndrome S comprend une série de phénomènes positifs, négatifs ou mixtes, qui ont pour propriété commune d'être neutres au point de vue affectif ou nuls au point de vue idéique, c'est-à-dire athématiques ou très faiblement thématiques. Parmi les phénomènes positifs, il en est de précis (écho) et de diffus (mentisme) ; de même, parmi les phénomènes négatifs, il en est de précis (inhibitions) et de diffus (perplexité) ; de même, parmi les phénomènes mixtes (fausses reconnaissances, étrangeté). Les phénomènes négatifs sont de nature déficitaire et, amplifiés, comporteraient confusion ou démence.

Le Syndrome S apparaît dans les psychoses les plus diverses : à titre chronique dans des vésanies post-infectieuses ou post-toxiques d'une part ; d'autre part dans les vésanies cryptogénétiques (hallucinose, démence précoce, psychoses du type Magnan et autres) ; à titre transitoire dans les intoxications subaiguës, parfois aussi dans la manie, parfois enfin dans les cas organiques grossiers tels que P. G., syphilis cérébrale,

suites d'ictus, tumeurs cérébrales, hypertension du L. C.-R. Le Syndrome est souvent incomplet.

La délimitation du Syndrome S est à chercher d'une part avec les Hallucinations proprement dites (c'est-à-dire thématiques, affectives et objectivées) pour ce qui est des phénomènes positifs ; d'autre part avec les Démences et Confusions, pour ce qui est des signes négatifs ; délimitations plus faciles dans la pratique qu'en théorie.

Le Syndrome S est présent dans des formes ou dans des moments comportant lucidité, calme, parfois euphorie, plus rarement un peu de dépression, bref laissant le sujet susceptible de perceptions fines et d'introspection. Il disparaît dans les états aigus comportant agitation, anxiété ou dépression grave, dans les onirismes généraux, les confusions et les démences, c'est-à-dire les états où pour raisons variées le sentiment du moi intérieur est diminué. La Démence ou la Confusion ne coïncident jamais avec lui que transitoirement et dans une proportion inverse ; le Syndrome et elles tendent réciproquement à s'exclure. Ainsi les sentiments généraux tels que dépersonnalisation ne sauraient expliquer le Syndrome, bien qu'en vertu d'une cause commune ils puissent parfois coïncider.

L'aire d'extension du Syndrome S recouvre une grande partie de la Pathologie mentale ; ce syndrome n'est pas spécial aux Psychoses Hallucinatoires Chroniques de l'adulte. Dans ces dernières, il constitue, sinon le fait toujours initial, du moins le fait le plus spécifique ; il y est basal ou nucléaire. Le délire n'est généralement qu'ultérieur et explicatif ; il peut être antérieur et indépendant, ou antérieur et issu de la même cause ; quel que soit l'ordre de précédence, délire intellectuel et hallucinations sont respectivement autonomes ; l'Hallucinose en est une preuve. L'Hallucinose est la forme pure des Psychoses Hallucinatoires. Les autres formes, la Psychose de Magnan en tête, sont des formes mixtes.

Les phénomènes négatifs du Syndrome sont difficiles à déceler dans les cas tardifs ; ils abondent dans les cas précoces ; Psychose de Magnan et D. P. sont identiques par leur constitution intime et ne diffèrent que par le dosage des éléments. Leur identité se déduit donc non pas seulement de l'évolution (Kræpelin) mais de l'analyse.

Le Syndrome S affecte des nuances reconnaissables et jusqu'à un certain point différentielles selon les formes morbides sous-jacentes : Psychoses Chroniques tardives, D. P., Paralysie

Générale ou Tabes, suites d'ictus, Intoxications Subaiguës, Hypomanie.

II. Phénomènes neutres. — Echo

Le redoublement qui constitue l'écho ne peut être que de cause mécanique. En effet :

1. — L'écho n'est pas un phénomène d'usure ; c'est un phénomène brusque et souvent initial.

2. — L'écho ne procède ni d'une dysesthésie ni d'une idée ; il apparaît souvent en terrain neutre ou euphorique, il n'a pas au début le caractère persécutif ; il n'est pas un mode de persécution que puisse imaginer la méfiance.

3. — L'étrangeté cœnesthésique, outre qu'elle est d'ordinaire absente, n'expliquerait qu'un refus en bloc des sensations, elle n'expliquerait pas le refus d'une idée isolée et non pervertie (écho).

4. — La dépersonnalisation ne saurait expliquer ni le refus d'une idée isolée ni surtout son redoublement (écho). D'ailleurs dépersonnalisation et Syndrome S, tout en pouvant coexister dans quelque mesure, tendent à s'exclure réciproquement.

5. — On ne saurait dire que l'étrangeté explique la non-assimilation, puisque dans l'écho idée acceptée et idée rejetée ne sont qu'une seule et même idée. L'idée rejetée se trouve seulement décomplétée de quelque chose : le sentiment gradué de la pensée en marche.

6. — Pour les deux raisons de non-assimilation et de redoublement, l'écho ne peut s'expliquer par simple hyperendophasie.

L'écho semble pouvoir être psychique, auditif ou moteur, tout cela à des degrés divers (écho semi-auditif, pseudo-auditif) et en outre simultanément (écho mixte).

L'écho peut être consécutif, simultané ou anticipé. Cette dernière forme montre pour le mieux qu'il s'agit bien d'un déréglage dans le mécanisme de la pensée.

Il y a lieu de distinguer l'écho de la pensée claire et l'écho de la pensée obscure. La pensée obscure peut être préconsciente ou d'ordre tel qu'elle serait restée inconsciente tout à fait ou longtemps encore sans l'écho ; c'est très souvent le cas de la pensée viscérale, parfois le cas des velléités et des sentiments partagés.

L'écho n'est pas toujours une stricte répétition. La pensée

soit claire, soit obscure peut être modifiée dans son écho. Il y a l'Echo avec Variantes (interpellations, constats), l'Echo avec Additions (énonciation des actes), l'Echo avec Commentaires (admiration, critiques). Dans toutes ces variétés, l'écho apparaît comme le point de départ d'idéations embryonnaires, leur centre, leur germe.

La psychologie de l'écho et de ses dérivés est encore à établir. Les pensées abstraites prêtent le moins à l'écho. L'écho exerce une sélection péjorative : de là vulgarité et animalité, aussi bien dans le choix des sujets que dans l'expression (vie génitale, viscérale, motrice). La sélection péjorative est une tendance fondamentale du Syndrome et de l'idéation automatique que nous verrons en dériver. Ce n'est là qu'un cas particulier de la tendance descendante générale des automatismes ; tendance déjà physiologique, *a fortiori* pathologique, en dernière analyse liée aux lois générales de la conduction nerveuse, autrement dit de la chronaxie.

L'Echo est dans le Syndrome un phénomène central. Les variations de l'écho donnent les énonciations, l'extension des énonciations donne l'idéation autonome, l'extension de cette dernière donne toute la personnalité seconde.

L'Echo est un phénomène de dérivation ; des dérivations conjuguées et progressives ont pour résultat la Construction Systématique. La dérivation d'une part, utilise des frayages préformés (associations, sentiments actuels), d'autre part crée entre des cycles étroits (vocabulaire) ou étendus (ordre d'idées) des communications indues : de là des résultats illogiques et saugrenus.

Les dérivations indues s'expliquent probablement par des isochronies artificielles et des forçages.

La non-annexion au Moi s'explique peut-être par des omissions dans l'enchaînement ordinaire des stades transmetteurs, par des sortes d'actions à distance dont un prototype, dans le domaine périphérique, serait le réflexe palmo-mentonnier.

Les phénomènes positifs et négatifs soit diffus, soit précis (mentisme, kyrielles, scies, jeux psittaciques, gymnastiques linguistiques, phrases soudaines, phrases énigmatiques, arrêts et vides, etc...) ont fréquemment ou constamment leurs analogues dans le fonctionnement physiologique. Le Syndrome S les intensifie en substituant à des causes banales passagères une cause profonde et continue.

Les ratés et les déchets de la pensée normale deviennent la

règle de la pensée pathologique. Ainsi toux, tremblement, prurits, secousses fibrillaires, sont constatables sous formes bénignes ou sous formes graves.

Les phénomènes positifs diffus (mentisme) sur fonds chronique semblent présager une tendance démentielle (sujets jeunes, origine infectieuse récente).

Les phénomènes négatifs diffus (perplexité, etc.) ont une valeur déficitaire plus marquée que les phénomènes négatifs précis ; leur fréquence diminue avec l'âge.

Dans les cas chroniques également la sensorialisation nette et rapide semble présager une démence plus prompte ; c'est le cas de la D. P. par opposition aux Psychoses H. Chr. des âges avancés, c'est le cas des Ps. H. Chr. succédant de près à une infection avérée (lois de l'âge, de la massivité et de la latence).

Ainsi les phénomènes grossiers, négatifs et diffus peuvent être, dans leur ensemble, opposés aux phénomènes positifs subtils ; le premier groupe présage une démence plus rapide ; il se rencontre d'autant plus net que le sujet est d'âge moins élevé, ou, pour un même âge, que la cause visible de la psychose est plus récente.

Ce rapport inverse des deux groupes de phénomènes peut être figuré par le schéma suivant. Soit un rectangle posé debout sur un de ses petits côtés et dont on trace une diagonale ; si à des hauteurs variées on fait à travers le rectangle passer une ligne horizontale, les parcours de cette ligne dans chacun des triangles seront toujours de longueurs inverses, sauf exactement au milieu de la hauteur du dit rectangle ; en effet toute ligne coupant un triangle près de sa base coupera l'autre près de son sommet. Inscrivons dans l'un des triangles la rubrique « phénomènes grossiers, négatifs et diffus », dans l'autre « phénomènes subtils », en choisissant pour ces derniers le triangle qui aura son sommet en bas et à droite ; inscrivons d'autre part, le long du côté vertical gauche, de bas en haut, les âges de 20 à 50 ans par 5 années : nous verrons les phénomènes subtils, peu nombreux vers 20 ans, devenir la presque totalité vers 50 ans ; nous verrons aussi les deux groupes de phénomènes venir à égalité vers 35 ans ; ce qui est cliniquement exact.

Dans les Ps. H. Chr. le Syndrome S s'accompagne le plus souvent d'un R. O.-C. ascendant, sauf dans les cas de paranoïa intense, d'éthylisme originel, d'épisode anxieux ou de forme rémittente à paroxysmes. Les belles Hallucinoses s'accompa-

gnent d'un R. O.-C. ascendant dans peut-être 80 0/0 des cas ; il y a d'ailleurs alors une légère euphorie.

L'écho est rare dans les formes dépressives. La plupart des cas dépressifs où le Syndrome S apparaîtra se révèleront comme des états mixtes ; le Syndrome y sera épisodique ou fluctuant.

Le dérèglement vago-sympathique semble donc capable de produire, au moins indirectement, le Syndrome S. (Voir plus loin, expérience Santenoise).

III. Origine organique

Le Syndrome S est d'origine organique, autrement dit, pour la plupart des cas et dans l'état actuel de nos connaissances, d'origine toxi-infectieuse ; aucune cause de méiopragie, aucun trouble cellulaire subtil inconnu ne peuvent être exclus. L'origine idéo-affective est rendue impossible, selon nous, par plusieurs raisons.

1. — Les troubles sensitifs concomitants ne peuvent être idéogéniques ; les phénomènes positifs neutres, les phénomènes négatifs et la démence ne peuvent être idéogéniques : or, tous doivent relever d'une seule et même cause.

2. — Le Syndrome S surgit sans précédence d'idéation et sans trouble affectif notable dans des cas organiques purs, dans les intoxications, dans l'hallucinose.

3. — Chez l'adulte avancé (45 ans), au début et au stade d'état, le tableau clinique est le même, qu'il doive ou ne doive pas y avoir démence finale : or la démence ne peut être idéogénique. Les cas intermédiaires sont d'ailleurs très nombreux.

4. — Les Ps. H. Chr. de l'adulte avancé (45 ans) et la D. P. sont homologues ; or la D. P. ne peut-être que de cause organique. On constate d'ailleurs des cas familiaux avec tableau général identique chez le juvénile et chez l'adulte (différences expliquées plus loin). On constate aussi des cas ambivalents (cas de 35 ans et D. P. tardives : forme schizophrénique à 45 ans).

5. — Certaines Ps. H. Chr. de l'adulte jeune ou avancé sont en continuité certaine avec une infection (Grippe, E. E., M. C. Sp,. puerpérium, etc...), ou avec d'autres causes organiques grossières (trauma). Les gradations observées dans la composition de ces psychoses s'expliquent, selon nous, par les trois lois de l'Age, de la Latence et de la Massivité (voir *A. M.-Ps.*, fév. 1927).

Ainsi les Vésanies Chroniques Cryptogénétiques rentrent dans les lois de la Neurologie ; ce ne sont plus des Génies Morbides Autonomes Stéréotypés, mais des Séquelles Syndromiques Variables, dont, provisoirement tout au moins, il y a lieu d'étudier plutôt l'unicité que les variétés.

Dans tous les cas envisagés le Syndrome résulte d'une incitation mécanique, exactement comparable à une électrisation. Dans les cas chroniques, cette incitation part d'une épine histologique. Suivant les zones ou points d'attaque surviennent des émotions, des sensations, des idées, des phénomènes intermédiaires entre sensation et idée, des troubles du caractère, des mouvements ou inhibitions.

L'électrisation d'un filet périphérique donne un résultat linéaire, l'électrisation de zones idéatives se distribuera en réseaux, elle sera productive d'un complexe ; entre l'un et l'autre résultat il n'y aura pas plus de différences qu'entre une étincelle isolée et un jeu de tubes de Geissler ; la complexité est fonction de la zone passive, elle résulte d'organisations préétablies : vocabulaires, syntaxes, cadres idéiques, blocs idéo-affectifs. Le Syndrome comprend les plus courtes des dérivations et les plus simples des réseaux (énonciations, échos, jeux verbaux, etc...).

Il est possible que le Syndrome affecte des nuances différentes non seulement pour psychoses différentes (voir plus haut) et pour intoxications différentes, mais encore pour cryptogénies différentes (infections premières différentes).

L'étiologie émotionnelle n'est pas à rejeter.

La diffusion irradiée de l'influx nerveux que nous attribuons pour origine au Syndrome S trouve sinon sa démonstration, au moins un soutien dans une expérience inédite de Santenoise. Electrisant les centres moteurs du chien (gyrus sigmoïde) et obtenant de chaque centre la réponse réglementaire, après trouble de l'innervation thyroïdienne il obtient en toute place touchée des réponses partant d'autres places : image frappante, dans le domaine moteur, des troubles verbaux du Syndrome S.

L'apparition du Syndrome S après état émotionnel n'est, *a priori*, pas plus surprenante que les ictères ou enrouements de cette origine. Mais entre le fait physiologique et le résultat psychologique morbide se place un stade intermédiaire bien différent du simple accroissement de l'émotion, à savoir un état du type hypomaniaque.

Dans tout délire de forme spirite succédant aux manœuvres spirites le R. O. C. doit être soigneusement étudié. Souvent d'ailleurs, la véritable cause du délire est dans une intoxication, une hypomanie préexistante, ou même une démence au début.

D'autre part l'entraînement verbo-moteur ne doit être incriminé qu'avec prudence ; une pythonisse célèbre, émettrice inlassable d'oracles versifiés exogènes (Ange Gabriel), est entrée, sous nos yeux, vers ses 45 ans, dans une psychose polymorphe chronique exempte de toute activité verbale (à part quelques formules auditives épisodiques, extrêmement rares).

IV. Construction

L'écho de la pensée et les non-sens peuvent progressivement s'enrichir de complications verbales, d'une teneur idéique et d'une charge affective : d'une part ironie dans l'écho et dans les scies, d'autre part affabilité dans quelques annonces ou commentaires.

Les sentiments prêtés aux voix sont ceux que leur intrusion implique ou que le sujet ressent lui-même à quelque degré ; déjà dans la rêverie normale, les formulations verbales spontanées (et surtout celles à point de départ autoscopique), tendent à se diviser en deux camps. Les complications initiales sont des appréciations sommaires ; les plus avancées sont des raisonnements, tantôt corrects et devançant ceux du malade, tantôt absurdes et répondant, avec disproportion extrême, à quelque sentiment infime : ainsi accusation énorme en réponse à un scrupule léger, menaces de mort en réponse à une crainte légère ; ou bien encore cette accusation et ces menaces seront de fabrication toute verbale.

En d'autres termes une série ininterrompue de formules relie l'écho au foisonnement idéo-hallucinatoire le plus complexe ; en partant de l'écho on peut refaire tout le délire de persécution.

Les rêves nous présentent des exemples d'une constructivité autonome raffinée. Des interlocuteurs nous étonnent par leurs remarques psychologiques, leurs réparties, leur dialectique toujours supérieure à la nôtre (dialectique du diable supérieure à la dialectique de Luther) ou enfin par des inventions saugrenues, mais ingénieuses, dont notre subite admiration souligne la genèse extra-consciente (nous ne parlons pas des

solutions données aux problèmes de la veille, processus moins dissociatif).

La tendance hostile reflète pour une part le sentiment de défense que forcément inspire la violation du Moi. Mais c'est là un appoint tardif. La tendance à l'hostilité est déjà innée dans le Syndrome comme partie intégrante d'une tendance bien plus large, qui est la tendance péjorative : de là la grossièreté des mots, des idées et des sentiments. Cette tendance péjorative même n'est que la face psychologique d'une tendance inhérente à la dérivation, savoir la tendance descendante. Cette tendance elle-même semble devoir être expliquée par les lois de la chronaxie ; la forme persécutive, en dernière analyse, serait d'origine neurologique.

L'incitation pathologique s'élargissant réveille, mobilise, utilise des formes affectives : tendances actuelles, virtualités insignifiantes, agrégats anciens.

Parmi les tendances affectives actuelles le processus devenu constructif opère une sélection dans le sens du plus concret et du plus animal ; la sélection n'est pas représentative de la mentalité foncière.

Parmi les virtualités minimes il y a encore sélection, amplification, déformation : le résultat ne représente pas la personnalité foncière. La mégalomanie que les voix tendent à suggérer au vésanique chronique est jugée et repoussée par lui immédiatement, comme seront, après guérison, jugées et reniées les tendances de l'accès ébrieux, ou maniaque, ou mélancolique.

Ces tendances sont bien le développement d'aptitudes embryonnaires, mais d'aptitudes présentes chez tous et dont aucune n'a de raison psychologique de sortir plutôt qu'aucune autre ; exactement, de même que les thèmes intellectuels et les souvenirs.

Les agrégats idéo-affectifs périmés que la psychose remet au jour ne doivent pas non plus forcément leur choix à une vitalité intrinsèque. En logique affective beaucoup d'autres agrégats plus importants et plus récents auraient dû sortir avant eux. Tel ébrieux croit reconnaître son père décédé depuis 20 ans et garde huit jours son illusion, n'en concluez pas qu'il était un fils dévoué ; il a pu être un fils cynique ; il a pu d'autre part éprouver depuis 20 ans de fortes émotions égoïstes (chocs passionnels, faillite, tentative de suicide), cependant un fait ancien et pour lui négligeable resurgit seul.

De même le malade à idées d'indignité se reprochera non pas des fautes graves mais telle peccadille ridicule de son enfance.

L'arbitraire dans le choix des évocations doit reconnaître des causes matérielles. Le degré d'ancienneté doit, comme dans la conservation des souvenirs (Loi de Ribot), être un des critères du triage.

Le même conditionnement matériel s'observe dans les ecmnésies (manie, confusions, tumeurs cérébrales) ; là encore la cote d'ancienneté prime la cote d'affectivité.

Le rôle évocateur de l'affectivité dans les rêves a été de beaucoup surestimé. L'état de sommeil, comme les états d'intoxication, interrompt les frayages normaux et en crée d'autres ; les suscitations affectives du rêve, comme ses suscitations visuelles ou idéiques, doivent dépendre de variations vasculaires ou humorales ou réflexes, et non d'une logique unitaire, quelle qu'elle soit.

Selon l'observation de Pick, le degré de profondeur du sommeil favorise ou exclut d'avance telle catégorie de souvenirs ; les souvenirs anciens n'apparaîtraient que dans le sommeil profond, les faits récents que dans le sommeil léger et particulièrement à l'approche du réveil. Cette loi, dans son domaine restreint, correspond à la loi de Ribot. L'une et l'autre d'ailleurs nous montrent les complexes affectifs ne se mouvoir qu'en dedans de cadres organiques préétablis ; l'affectif y est subordonné à l'organique.

Que l'on passe en revue toutes les vésanies transitoires, toxiques ou non, on verra que la personnalité du sujet y tend toujours à disparaître derrière ce qu'on pourrait appeler le génie vésanique ou toxique. Dans l'intoxication aiguë l'uniformité des malades est maxima. Dans l'épilepsie psychique et dans les tumeurs cérébrales, les champs mentaux sont particulièrement factices, contingents et néoformés. Il n'y a pas de raison pour que cette loi générale s'arrête aux limites des psychoses hallucinatoires démentielles, ou des non-démentielles, qui leur sont identiques sous tant de rapports.

On constate encore l'arbitraire, le néoformé, le spécifique dans les inventions sensorielles : thèmes visuels ou tactiles pathognomoniques (cocaïne, chloral, peyotl) dans les troubles de la perception (perspective spéciale du hachich) dans les hallucinations de l'équilibre, dans les défilés et kyrielles de vues et de mots. L'arbitraire et le néoformé se retrouvent

encore dans les créations semi-idéiques impersonnelles (dialogues transverses de l'hallucinose). La Sélectivité Arbitraire qui règne dans les domaines sensoriels viscéraux, moteurs et verbo-moteurs des Psychoses H. Chr. ne doit pas cesser dans le domaine idéo-affectif. Certes les associations affectives restent un facteur d'évocation, mais l'affectivité elle-même est manœuvrée par des conditions organiques.

Le dogme idéogéniste repose, selon nous, sur des inductions imprudentes. De ce que certaines données affectives ou idéiques sont communes au sujet et à sa psychose, on conclut : 1° que ces données étaient essentielles ; 2° qu'elles se sont développées par leur force intrinsèque ; 3° qu'elles ont développé tout le reste de la psychose. En regard de cette conception, nous posons cette autre: l'affectivité n'est que manœuvrée par la psychose. La psychose puise dans le répertoire du sujet parce qu'elle ne peut puiser ailleurs. Les raisonnements psychogénistes pourraient être appliqués au Delirium Tremens, à l'Epilepsie, à la P. G. : l'alcoolique délirerait en raison de sa profession, l'épileptique serait constamment en puissance un assassin ou un satyre, le P. G. aurait toujours été un ambitieux et en mourrait. L'orgueil du sujet avant la P. G. et dans sa P. G. peut s'exercer sur les mêmes thèmes, il n'est pas mû par les mêmes forces ; continuité idéique ne veut pas dire continuité causale.

Dans les Reviviscences Partielles il y a combinaison de causes organiques et affectives ; cette combinaison devrait être l'objet d'études. Le problème est le même pour les faits complexes comme personnalité seconde du vésanique et les faits simples comme suscitation temporaire d'un ordre d'idées chez le maniaque ou chez l'ébrieux. Le problème est le même pour des faits positifs et négatifs, pour ecmnésies et amnésies. L'ivresse présente les processus dans des formes expérimentales : schématisme et répétitions, gradations et combinaisons.

Le problème peut être formulé ainsi : quels sont les causes et mécanismes du tropisme entre, d'une part, un influx artificiel et, d'autre part, les agrégats idéo-affectifs préexistants ?

Un tel tropisme existe normalement entre les agrégats idéo-affectifs anciens et le surinflux physiologique de l'émotion : une émotion forte réveille des souvenirs non analogues mais qui ont été d'intensité équivalente (cris du cœur dans la joie et le deuil, rapprochements saugrenus dans la colère, etc...). Que des processus pathologiques soient superposables à des pro-

cessus physiologiques, rien d'étonnant. Les évocations verbales arbitraires ont elles-mêmes, nous l'avons montré, leur analogue à l'état physiologique : au cours d'une rêverie, un souvenir soudain vous irrite, et, surtout si vous luttez contre, vous articulez à mi-voix les mots d'une enseigne ou affiche placée devant vous, ou encore vue l'instant d'avant et non remarquée (mots jaculatoires émotifs).

L'accroissement spontané du délire sous forme idéo-hallucinatoire s'explique par l'extension de cette dérivation qui a engendré le syndrome même ; elle constitue cette idéation autonome et parasite que nous appelons une Personnalité Seconde. Le réseau second, résultat, pour une part, de frayages préétablis, pour une autre de frayages factices, doit être d'un rendement idéique à la fois logique et absurde ; la facticité des frayages, qui produit de l'imprévu dans les objets de pensées, produit aussi des dissidences dans les directives ; la pensée seconde ne saurait reproduire exactement la pensée prime. Dans l'émotion déjà on constate des associations et jugements désordonnés, en même temps que des irradiations motrices indiscutables, et certainement par suite d'autres irradiations. La pensée seconde, dans notre hypothèse, est la même que ferait surgir, si elle devenait jamais possible, une électrisation subtile des zones psychiques : on ne saurait lui demander d'avoir exactement le même rendement que la pensée normale.

Dans les Ps. H. Chr., le fait de démence prouve une lésion histologique ; mais cette lésion n'est pas destructive d'emblée, et elle projette en avant d'elle une auréole d'incitation par laquelle seule pendant longtemps elle se révèle ; en dépit de son origine celle-ci est à peu près d'ordre physiologique. Le Syndrome serait ainsi une réaction en zone saine au voisinage d'épines morbides. Il en serait de même pour l'auréole idéatoire du Syndrome, c'est-à-dire la Pensée Seconde.

Cette vue concorde avec des faits cliniques connus : conscience partielle de la maladie ; cessations temporaires des hallucinations pour simple diversion psychique ou maladie intercurrente, conservation prolongée des facultés, réapparitions temporaires de la personnalité première (connaissances, affections, propos judicieux) à une période qui semblait déjà démentielle.

Conclusions

A. *Doctrine.* — Un certain syndrome mécanique que nous appelons provisoirement Syndrome S (et qui pourrait s'appeler peut-être Syndrome d'Echo) figure à titre soit basal soit adventice dans un grand nombre de psychoses soit temporaires, soit chroniques : les unes semi-physiologiques comme la manie, les autres toxiques, d'autres grossièrement organiques (P. G., Syph. cérébrale, suites d'ictus, Tumeurs cérébrales, infections, etc.). Il est exclusif de Confusion et de Démence, du moins avancée. Il est constitué de phénomènes positifs et négatifs, mais les négatifs n'y peuvent figurer qu'à dose diluée.

Dans les Psychoses Hallucinatoires Chroniques, ce Syndrome est la base du Délire Explicatif. Il devient le noyau d'un deuxième délire, celui-là Auto-Constructif. La Dérivation semble à l'origine du Syndrome et de la Pensée Seconde.

B. *Méthode d'Etude.* — 1° Ne jamais étudier un phénomène vésanique, simple ou complexe, sans lui chercher un homologue dans la série organique (tumeurs, ictus, intoxications, infections, traumas, etc.).

2° Ne jamais étudier les données complexes (telles que le délire) sans rechercher les éléments simples, connexes à eux ; mettre les faits anidéiques à côté des faits idéiques, pour expliquer les premiers et voir si leur explication convient aux seconds.

3° Ne pas séparer les faits positifs des faits négatifs soit connexes, soit analogues ; rapprocher des évocations et constructions les ecmnésies et amnésies.

C. *Cadres Logiques.* — En biologie, le rapport de séquence est trop souvent supposé et le rapport de cause commune trop négligé : ne pas faire dériver l'un de l'autre paranoïa et travail hallucinatoire.

Communauté idéique entre le sujet et sa psychose ne veut pas dire identité, et encore moins origine idéique de la psychose.

Continuité idéique ne veut pas dire continuité causale.

L'affectivité est passive par rapport aux causes organiques. Dans les Ps. H. Chr. elle n'est pas le *primum movens*, elle n'est même pas toujours le *primum patiens*.

D. *Objets d'Etude.* — Nous proposons comme objets prochains d'observation et d'analyse :

1° La Constructivité Automatique.

2° La dérivation en tant que processus générateur des phénomènes parasitaires et de l'idéation autonome.

3° Les attractions entre influx morbides et agrégats préexistants.

4° La tendance descendante générale des phénomènes parasitaires.

5° Le rattachement de ces faits aux lois de la chronaxie.

RÉFÉRENCES SOMMAIRES

1° ARTICLES. — *Bulletin de la Soc. Clinique de Méd. Mentale.* Avril 1920, décembre 1923, janvier 1924.

2° ARTICLES. — *Pratique Médicale Française.* 1925, mai, n° A, 1926, juin, n° A,

3° DISCUSSIONS. — *Annales Médico-Psychologiques.* 1923, novembre, pp. 359 et 360, décembre, p. 460 ; 1924, janvier, pp. 85-86-87, février, pp. 172 et 173.

M. HESNARD (de Toulon). — Il constate que M. Nayrac, sous le terme inattendu d'automatisme « physiologique », fait allusion à des faits assemblés jadis (au nom d'une psychologie assez suspecte dans la sûreté de ses méthodes d'observation) en vue de l'histoire de l'hystérie, affection dont il n'est nullement question dans le rapport. Il lui reproche d'avoir, à côté de cette psychologie universitaire démodée et dont la carence ne fait plus de doute pour les cliniciens, systématiquement passé sous silence, en vertu, sans doute, des préjugés philosophiques ou moraux, la psychologie affective qui a pris naissance ces dernières années, la seule féconde au point de vue médical et pratique et qui s'inspire, dans les travaux des élèves du professeur Claude et de l'auteur, des directives de la psychanalyse. Si cette psychologie d'avenir rend compte de quantités de faits cliniques inexplicables autrement, et si elle donne d'excellents résultats thérapeutiques, il est absolument contraire à l'esprit scientifique de l'ignorer, surtout au nom des principes cartésiens.

Quant à M. Lévy-Valensi, son rapport, très remarquable au point de vue séméiologique, pèche par une lacune semblable. Il a fait à peine allusion aux mécanismes affectifs qui sont à la base de l'automatisme mental, mécanismes qu'il est même permis de considérer parfois comme primaires et causaux (quelle que soit l'opinion qu'on ait sur la nature lésionnelle de ce syndrome).

En ce qui concerne le phénomène de la dépossession, il s'agit plutôt d'une altruisation, c'est-à-dire d'une attribution

à autrui de certains éléments refoulés de la vie affective profonde, de certaines pensées morbides dues à une néoproductivité, primitivement affective, développée sur les directives des refoulements antérieurs à la maladie.

M. Hesnard présente au Congrès le vœu qu'il soit donné à ce syndrome d'automatisme mental ou de dépossession le nom de « syndrome de Clérambault ».

M. P. Guiraud (de Villejuif). — On doit étudier le syndrome appelé à tort automatisme mental par des méthodes médicales et le considérer comme le résultat de l'action d'un excitant pathologique sur diverses zones encéphalitiques. Une place importante doit être réservée à la néoformation pathologique d'*affectivité.* Les travaux de Head et de nombreux auteurs montrent le rôle capital du thalamus dans l'*activation* affective de nos pensées et de nos perceptions. Les études expérimentales sur l'intoxication par la mescaline reproduisent les symptômes d'hyper ou d'hypo-fonctionnement thalamique (Mayer, Gross et autres).

Dans les délires chroniques des états affectifs analogues (inquiétude inintégrée, perplexité, étrangeté cénesthésique), véritables hallucinations cénesthéso-affectives résultant d'une atteinte des voies cénesthésiques terminales, sont l'essentiel de la maladie. Les hallucinations idéo-verbales ne sont que *l'expression* de l'atteinte affective. A cause de leur complexité et de leur finalité affective, elles ne peuvent résulter de l'excitation directe des régions temporales ou de Wernicke. L'écho de la pensée résulte du défaut d'intégration de pensées normales, banales à la cénesthésie, source de la personnalité physique et mentale. Les hallucinations auditives, visuelles ou psychiques, neutres et anidéiques, si bien étudiées par G. de Clérambault, existent incontestablement, mais sont rares dans les vrais délires chroniques. Elles ressortissent plutôt à la démence précoce, à l'alcoolisme ou à la sénilité. L'auteur a exposé ailleurs sa théorie sur les délires chroniques considérés comme des *cénesthopathies dystoniques* et ses hypothèses sur le mécanisme de la non-intégration à la personnalité.

M. Paul Sollier (de Paris). — A notre dernier Congrès, le nom de la maladie en discussion manquait d'une définition ; cette année, celui de l'état mis à l'ordre du jour est pris dans plusieurs acceptions. Dans ces conditions, je crains que la psy-

chiatrie, déjà encombrée de néologismes depuis quelques années, ne gagne pas beaucoup en précision et en clarté et ne risque pas de pouvoir de longtemps prendre comme devise l'aphorisme de Condillac : « La science n'est qu'une langue bien faite. »

A cet égard, le terme même d'automatisme a reçu une extension abusive. Au point de vue de la langue française, il ne devrait s'appliquer qu'aux seuls phénomènes moteurs, alors qu'on l'emploie pour les processus sensitifs, sensoriels et même cénesthésiques.

Il désigne, en somme, aujourd'hui, tout phénomène psychologique ou psychomoteur se produisant d'une manière dite spontanée, indépendante de la volonté du sujet et comme indépendante du reste du fonctionnement cérébral, évoluant à part au sein de la personnalité du sujet. Je me garderai bien de proposer un nouveau néologisme plus adéquat peut-être, mais qui ne servirait qu'à compliquer les choses. Je n'essaierai pas davantage d'entrer dans la discussion des théories en présence dont quelques-unes s'inspirent moins de la clinique que de vues philosophiques et même d'une certaine métaphysique à la mode, qui n'est pas faite non plus pour apporter de la clarté dans les problèmes de la psychiatrie.

Tout le monde s'accorde à reconnaître dans l'automatisme mental un processus normal et même banal. On connaît toutes les expressions par lesquelles on le traduit : « Je ne sais ce qui m'a passé par la tête, je ne sais d'où cette idée m'est venue, je ne sais ce qui m'a poussé à dire ceci ou faire cela, je ne sais ce qui m'a retenu, etc... ».

Toutes ces formules et d'autres encore mettent en relief les différents effets des phénomènes psychologiques automatiques lorsque nous les constatons chez nous, soit au moment où ils se produisent, soit après coup.

C'est la *surprise* d'abord, puis la constatation de l'*ignorance* où nous sommes de leur *cause*, de leur *origine* et enfin la constatation de leurs effets impulsifs ou inhibiteurs.

Ces manifestations sont le résultat logique de ce que ces phénomènes se sont produits d'une façon involontaire et même inconsciente. Cette non-participation de la volonté et de la conscience n'empêche pas que nous les reconnaissions comme émanés de notre moi, de les rattacher à notre personnalité normale. Et si nous nous demandons comment ils se sont produits, nous arrivons facilement à en reconstituer la genèse.

C'est de l'automatisme normal qui est un des modes de fonctionner de la pensée.

Tout autre est l'automatisme pathologique, car il se différencie du normal par deux points : le premier c'est que le sujet ne rattache plus ce qu'il éprouve à sa personnalité, — le second c'est qu'il en donne une interprétation erronée, même absurde. Il y a donc deux troubles nouveaux : un trouble de la personnalité et un trouble du jugement.

Les caractères du phénomène automatique normal sont d'être involontaires, souvent même inconscients, mais personnalisés ; ceux du phénomène automatique pathologique sont également d'être involontaires, inconscients, mais extra-personnels, dépersonnalisés. Mais, même ainsi, il peut ne pas entraîner de délire. L'individu le constate, s'en inquiète, en est gêné, mais s'en tient là, au moins pendant un certain temps. Le jour où il commence à interpréter il entre dans le délire.

Ce n'est donc pas l'automatisme lui-même, dans son caractère ni dans son mode de production, qui le fait normal ou pathologique, c'est le fait qu'il est rattaché ou non à la personnalité normale du sujet, caractère primordial, — et qu'il est interprété ou non comme émanant de cette personnalité ou étranger à elle, caractère secondaire. Et suivant alors les développements que prendra cette interprétation, suivant ses modes d'expression motrice, hallucinatoire, verbale, auditive ou psychomotrice, on aura affaire à telle ou telle forme délirante.

Quant à savoir à quoi tient cet automatisme pathologique, s'il est le résultat d'un lent travail inconscient, aboutissant d'une évolution anormale ou constitutionnelle de la personnalité ou s'il se produit comme conséquence de troubles organiques acquis, je ne crois pas qu'on ait actuellement des données quelconques permettant de soutenir l'une ou l'autre thèse. Reste d'ailleurs à se demander pourquoi ces phénomènes automatiques perdent leur caractère « personnel » qui est la cause de leur interprétation erronée ou délirante de la part du sujet, et pourquoi l'interprétation prend des formes si variées.

Il semble bien que l'automatisme et la dépersonnalisation soient le résultat d'une dissociation de la personnalité qui peut tenir à des causes externes : chocs moraux, traumatiques, infections, mais aussi à une évolution pathologique de la personnalité par suite d'une constitution anormale congénitale que le caractère, les tendances du sujet révèlent souvent. Les

deux choses ne s'excluent pas, au contraire, et se renforcent même. Et la façon dont les sujets interprètent vient également à l'appui de l'influence des conditions constitutionnelles, car elle est conforme à leurs tendances, à leur caractère et à leur mode de raisonner et de juger.

En conclusion : Je crois qu'il est impossible actuellement de prendre parti entre les diverses thèses en présence, qu'il serait indispensable, au préalable, de s'entendre sur la signification des termes employés et de définir plus exactement le problème tant au point de vue psychologique que clinique.

Professeur Al. Obregia (de Bucarest). — L'autocritique me dit que je suis bien loin d'atteindre le talent d'élocution et d'esprit critique que j'admire chez vous. Je remplis un agréable devoir : c'est d'adresser mes sincères félicitations à MM. Lévy-Valensi et P. Nayrac pour leurs rapports si documentés et si intéressants.

Pour ma part, je vais apporter une modeste contribution à la question de *l'automatisme moteur,* celui qui est précisément le plus facile à observer et à différencier. Je l'ai observé sur des alcooliques avérés dont les antécédents étaient très bien établis. Plusieurs parmi eux en étaient à leur deuxième ou troisième récidive, quelques-uns, de vrais dipsomanes alors.

Affligés d'hallucinations ou non, de confusion mentale ou non, ces malades s'acheminaient vers l'amélioration, mais à un moment donné ils présentèrent des réactions motrices de la part des membres ou du tronc, surtout de la tête et du visage, faisant des gestes, des grimaces ou mouvements mimiques bizarres non correspondants à leur personne ni au milieu, à telle enseigne qu'on eût été tenté de poser le diagnostic de-schizophrénie. Pourtant, ces malades s'amélioraient progressivement et sont en grande partie guéris à l'heure qu'il est. L'intéressant est qu'une petite partie seulement parmi ces sujets se rendaient compte de leurs bizarres manifestations. La majeure partie s'ignorait et lorsqu'on leur en demandait des explications, ils déclaraient n'en rien savoir ou que c'était plus fort qu'eux et que quelque chose d'étranger à eux les faisait remuer ainsi. Il faut donc souligner le fait important que, tandis que, selon la bonne expression de MM. Toulouse et Mignard, c'était l'autoconduction qui était réellement en jeu, les patients eux-mêmes accusaient quelque chose de contraire: une espèce d'hétéro-conduction. Celle-ci correspondrait ainsi

à la dépersonnalisation, à l'élibération ou dépossession si bien citées dans les rapports.

Il est arrivé que, par maladies intercurrentes (tuberculose ou pneumonie grave), deux de ces malades sont morts. L'examen microscopique pratiqué avec le concours de mon assistant, M. le D[r] D. Marinesco, a démontré que, à côté des altérations bien connues de la corticalité, il y avait aussi des lésions irritatives péricellulaires (périneuromiques), mais surtout des petits foyers périvasculaires dans les noyaux striés en prédominance dans les zones pallidales.

Je ne puis pas m'empêcher de rappeler le fait bien connu aujourd'hui que dans l'encéphalite épidémique c'est précisément dans ces mêmes régions que se trouve le maximum de lésions qui motivent les bizarres séquelles motrices. N'oublions pas non plus les intéressants travaux des professeurs Claude et Laignel-Lavastine et leurs élèves qui ont montré des lésions intéressantes dans ces mêmes noyaux striés dans des cas avérés de schizophrénie catatonique. Il me semble juste de rapprocher mes deux cas nécropsiques avec ces dernières séries d'observations de valeur très significative et d'espérer que sur cette voie aussi des études réitérées pourraient permettre d'expliquer la genèse de ces phénomènes intéressants.

M. Logre (de Paris). — Dans cette discussion sur l'automatisme mental, à propos duquel mes amis, Lévy-Valensi et Nayrac, ont rédigé de si intéressants rapports, j'ai tenu à prendre position : je viens me ranger résolument aux côtés de mes collègues Clérambault et Heuyer, proclamant ainsi la parfaite unité de doctrine de l'Ecole de l'Infirmerie Spéciale.

Aussi bien, dès longtemps, mes travaux personnels s'accordent, dans leur tendance générale et jusqu'en leurs précisions de détail, avec les idées essentielles de Clérambault.

Clérambault insiste sur la teneur souvent *neutre* des hallucinations à leur début, chez maint sujet *non paranoïaque* où j'arrivais, en 1914, avec Devaux, dans les Anxieux : « Le sujet, dans quelques cas, se plaint beaucoup moins de la nature des persécutions que de leur continuité... Il s'agit moins d'un délire de grandeur que d'un délire d'intervention étrangère, neutre ou bienveillante, mais maladroite et intolérable, c'est une sorte de *délire d'importunité.* »

Clérambault, au nom de cette teneur neutre et de l'absence de paranoïa, affirme l'origine non-idéorganique et vraisembla-

blement organique, neurologique du syndrome. Or, avec Terrien, en novembre 1913, à la Société de Psychiatrie, à propos d'une « psychose hallucinatoire » à prédominance olfactive, nous faisions observer l'absence de disposition paranoïaque ; et ce délire, fondé sur des hallucinations de l'odorat, perceptions si peu intellectuelles, si peu idéogéniques, nous semblait devoir s'expliquer par une atteinte localisée, une irritation élective des voies olfactives.

D'après Clérambault, l'automatisme mental est un *syndrome* qu'on peut retrouver dans un grand nombre d'espèces cliniques. Or, avec Heuyer, j'ai, au Congrès de Strasbourg, montré la fréquence relative des idées d'influence au cours des *états maniaques*. Mon Maître Dupré et moi avons signalé, dans le traité des Professeurs Roger, Vidal, Teissier, à l'article toxicomanie, l'existence de délire d'influence typique dans l'intoxication par la *cocaïne*.

Enfin, Clérambault explique à la fois les psychoses hallucinatoires et la psychose d'influence par le développement de troubles essentiels communs, d'un « noyau basal » d'automatisme tendant à la scission du moi et à l'écho de la pensée. Or, nous terminions aussi, dans *les Anxieux*, l'étude concernant à la fois les délires hallucinatoires et d'influence : « En résumé, attribution des manifestations de l'automatisme psychologique à l'influence d'autrui, dépersonnalisation et aliénation des éléments du psychisme individuel aboutissant à l'hallucination, aux pseudo-hallucinations et aux impulsions d'origine exogène : tel est le processus des psychismes hallucinatoires chroniques. »

Ces quelques citations n'ont d'autre prétention que de marquer un accord de tendances, une même direction de recherche, une sorte de collaboration tacite entre collègues d'une même Ecole. Mais des indications parcellaires ne constituent pas une doctrine. Celle-ci est l'œuvre personnelle de Clérambault ; elle lui appartient par la précision si nuancée de ses études cliniques, l'ampleur et la puissance de ses conceptions nosographiques. Elle fait honneur à la Psychiatrie française en même temps qu'à l'Ecole de l'Infirmerie Spéciale. On sait comme il est difficile de dénommer en bonne neurologie le syndrome d'automatisme. Aussi, pour éviter toute ambiguïté de langage et pour honorer un auteur de mérite incontestable, proposons-nous d'appeler tout simplement cet automatisme mental : Syndrome de Clérambault.

M. Vermeylen (de Bruxelles). — La question de l'automatisme mental soulève deux problèmes : l'un clinique, l'autre psycho-pathologique. Si on envisage tout d'abord le point de vue clinique, on constate que le syndrome d'automatisme mental, lorsqu'il est complet, comporte trois éléments : 1° la libération d'activités sensorio-motrices et mentales d'habitude, 2° un sentiment d'objectivation qui fait que le sujet considère ces activités comme lui appartenant mais étant libérées non par sa propre volonté, mais par celle d'autrui, 3° l'objectivation, le sujet considérant les activités libérées comme étrangères à lui.

Ainsi compris, le syndrome d'automatisme mental ne se rencontre au complet, et pas toujours encore, que dans la psychose hallucinatoire chronique. Dans l'hallucinose, le fait prédominant est la libération des activités d'habitude ; dans le délire d'influence, c'est au contraire le sentiment d'objectivation qui domine sans objectivation réelle.

Je ne veux, faute de temps, envisager au point de vue clinique que la psychose hallucinatoire chronique, où peut se retrouver au complet le syndrome d'automatisme mental. Ce qui frappe dans les travaux récents sur la question, c'est la tendance à considérer les symptômes qui caractérisent la psychose hallucinatoire chronique d'un point de vue statique. Les premières manifestations morbides apparentes sont considérées comme étant réellement le signal d'apparition de la psychose. Au contraire, je considère que les débuts réels de la psychose remontent très loin au delà de son début apparent et que pour en juger sainement, la psychose doit être étudiée dans son évolution.

A cet égard, il y a tout d'abord, chez ces malades, une évidente prédisposition, un état constitutionnel particulier, qu'on pourrait peut-être légitimement isoler de ceux décrits jusqu'à ce jour. Il n'a, en tous cas, rien à voir avec la constitution paranoïaque, l'allure de ces malades n'ayant rien de la méfiance et de l'orgueil hautain du paranoïaque. Ils se rapprochent plutôt des mythomanes actifs et des hypomaniaques, formant ainsi une constitution mixte, à la fois affective et imaginative, avec forte tendance à l'objectivation et à la réalisation.

D'autre part, la psychose ne naît pas extemporanément, mais est le fruit d'une lente rumination dont on retrouve aisément les traces lorsqu'on se donne la peine de les chercher. Il s'agit surtout d'un trouble affectif qui amène peu à

peu le sujet à une mentalité particulière, assez semblable à celle que certains sociologues français et, en pathologie mentale, M. Blondel, ont appelé prélogiques et, en Allemagne, catathymiques (Meyer, Kretschmer). Elle est constituée par une prédominance affective qui concentre et polarise tout le psychisme de l'individu dans une sphère donnée de préoccupations. C'est cette affectivité spéciale qui, comme à l'état normal, constitue le lien obligé entre l'état organique et les manifestations psychiques plus évoluées. La libération des activités automatiques qui constitue le début apparent de la psychose, et qui en fait en est déjà une période très avancée, est en lui-même un fait normal du fonctionnement psychique. Elle ne devient pathologique que par la facilité avec laquelle elle se produit chez certains sujets, par l'exclusivité de son objet, et surtout par l'extension qu'elle prend chez eux, envahissant toute la mentalité et n'y laissant plus de place pour les activités libres. Bien entendu, et tout le monde est d'accord sur ce point, le délire est secondaire et généralement explicatif.

En s'appuyant ainsi sur la clinique, on peut dire, au point de vue psycho-pathologique, que l'automatisme mental n'est pas un phénomène extra-psychique naissant extemporanément du fonctionnement d'un organisme troublé, mais un phénomène psychique, produit d'une lente élaboration d'ordre principalement affectif. Il n'est pas non plus totalement différent de l'Automatisme mental normal. L'un et l'autre s'appuyent sur les habitudes mentales constituées par toute la série des attitudes mentales, des schèmes mentaux, des formules verbales, etc. L'un et l'autre également naissent par des processus associatifs activé par un état affectif polarisé. Ce qui peut le rendre pathologique, ce sont les conditions de sa libération, et les sentiments d'objectivation qui peut les accompagner.

M. Minkowski (de Paris). — Pour se rendre compte de la portée des conceptions de de Clérambault, il y a lieu de situer la notion d'automatisme mental dans l'ensemble des faits psycho-pathologiques et d'insister davantage sur les troubles qui ne relèvent pas de l'automatisme mental.

De nos jours, la psycho-pathologie cherche de plus en plus à pénétrer, au travers des troubles éclatants de l'aliénation mentale, comme les hallucinations et les délires, jusqu'aux

troubles élémentaires, jusqu'aux troubles générateurs qui les conditionnent.

Parmi ces troubles générateurs, nous trouvons tout d'abord les *grands processus psycho-pathologiques*. Nous en connaissons surtout deux : l'affaiblissement intellectuel et le processus schizophrénique. Le premier est caractérisé avant tout par une défaillance des facultés intellectuelles, le second par un fléchissement des sources instinctives de la vie. En dehors de ces deux processus pathologiques, il existe probablement encore un processus spécifique d'ordre épileptique qui est moins bien connu que les deux précédents.

Ces processus n'arrivent pas cependant à épuiser à eux seuls le domaine des troubles générateurs. Ils visent une diminution ou une désagrégation particulière que subit la personnalité humaine, mais sont incapables de nous expliquer l'apparition de symptômes plus complexes, comme par exemple les phénomènes hallucinatoires ou les délires.

Le livre sur la schizophrénie que je viens de publier me l'a montré d'une façon évidente. J'ai pu y mettre en relief les caractères essentiels du processus schizophrénique et étudier quelques mécanismes de compensation des plus simples, comme le rationalisme morbide ou l'attitude de rêverie ; par contre, je n'ai pas réussi à aller au delà et à aborder le domaine des symptômes secondaires de la schizophrénie, parmi lesquels se trouvent également les symptômes que de Clérambault a réuni sous le nom d'automatisme mental.

Les processus psycho-pathologiques n'arrivent donc pas à épuiser à eux seuls tous les symptômes cliniques ; ils en laissent même de très importants de côté. Mais, au lieu d'examiner la pathogénie de chacun de ces symptômes séparément, nous devons essayer, conformément aux tendances de la psychopathologie moderne, de les grouper et de ramener ensuite chacun de ces groupes à un trouble générateur particulier, différent, quant à sa nature, des processus dont il vient d'être question. Personne n'a vu aussi nettement ce problème que de Clérambault.

En nous inspirant de ses idées, nous pouvons dire qu'il existe, en dehors des processus psycho-pathologiques, des troubles générateurs d'un autre ordre. Ceux-ci interviennent d'une façon plus brutale que ceux-là et modifient d'emblée la forme même de la vie mentale.

Cette forme est caractérisée avant tout par l'affirmation du

moi, et cela aussi bien par rapport à l'espace que par rapport au temps.

De ce point de vue, j'oppose à l'automatisme mental, tout en le situant sur le même plan, le délire mélancolique. Dans les deux cas, l'affirmation du moi est touchée, mais de façon différente.

En examinant de plus près les symptômes qui constituent, selon de Clérambault, l'automatisme mental basal ou nucléaire, comme l'écho de la pensée, la prise de la pensée, les dialogues intérieurs, le sentiment d'influence à distance, la pensée qui s'échappe et est renvoyée ensuite, nous constatons sans peine que tous ces symptômes ont un caractère spatial. Tout se joue dans l'espace ici ; tout se passe comme si l'affirmation du moi était troublée avant tout par rapport à l'espace.

Tout autre est la structure intime du délire mélancolique ; ici, la personnalité ne s'affirme plus d'une façon normale par rapport au temps : l'avenir est barré par l'attente du châtiment, le passé s'immobilise sous forme d'idées de culpabilité, quant au présent, enclavé entre les fautes du passé et l'expiation de l'avenir, il est réduit à néant et est nié sous forme d'idées de ruine ou de négation.

Il existe ainsi, dans le premier cas, une dégradation en bloc de la personnalité dans l'espace, tandis que dans le second, il s'agit d'une dégradation dans le temps.

L'automatisme mental basal de de Clérambault avec son caractère neutre, anidéique et athématique, met bien en évidence le caractère spatial du mécanisme étudié. Il constitue en même temps la charpente autour de laquelle viennent se former, soit par hypérendophasie, soit par des mécanismes idéogènes secondaires, les phénomènes hallucinatoires et délirants.

Il ne me paraît guère justifié dans ces conditions, comme le fait en partie Nayrac, de considérer l'Automatisme mental presque comme synonyme d'hallucination. Le côté essentiel de l'automatisme mental est, à mon avis, justement constitué par ce que Nayrac appelle « automatisme supérieur » et auquel il n'accorde qu'un rôle secondaire. Par contre, il a raison d'affirmer qu'il existe une différence de nature entre l'automatisme mental et l'automatisme psychologique.

A ce point de vue, le terme « automatisme mental » n'est peut-être pas très bien choisi. Je le remplacerais volontiers, d'accord avec Lévy-Valensi, par celui de « syndrome de Clérambault ». L'expression « subduction mentale », proposée

par le regretté Mignard, pourrait être également adoptée, car il s'agit d'un trouble qui ramène la personnalité sur un échelon inférieur de la vie, qui lui fait subir une réelle « subduction mentale ».

Nous aurons donc désormais en psychopathologie générale à côté du chapitre traitant des processus psycho-pathologiques, un autre, non moins important, consacré aux diverses formes de subduction mentale. Ces formes se laissent subdiviser en deux grands groupes : la subduction mentale dans le temps et la subduction mentale dans l'espace, l'automatisme mentale de Clérambault étant la forme la plus pure de cette dernière forme de subduction.

Au point de vue clinique, il paraît justifié d'admettre, à côté de psychoses basées sur le processus schizophrénique, des psychoses à base d'automatisme mental. Cela évidemment n'exclut pas la possibilité de l'apparition d'un syndrome d'automatisme mental au cours d'une schizophrénie, comme nous pouvons le voir également au cours d'une épilepsie ou d'une paralysie générale.

M. Marchand (de Paris). — Je suis d'accord avec les rapporteurs et la plupart des psychiatres pour reconnaître que le terme « syndrome d'automatisme mental », employé pour désigner les phénomènes psychiques qui paraissent étrangers à la personnalité du sujet, quoique prenant naissance dans son cerveau, est peu approprié. Il faut espérer qu'après les discussions qui viennent d'avoir lieu, on s'entendra pour désigner d'un autre mot ces manifestations mentales morbides.

Cette appellation est d'autant plus fâcheuse qu'elle prête à confusion avec d'autres troubles mentaux pathologiques qui, eux, sont bien l'expression de l'automatisme cérébral. Je veux parler des phénomènes d'automatisme psychique dans l'épilepsie.

Les caractères de l'automatisme de nature épileptique sont bien connus. Très fréquemment, les réactions désordonnées, mal adaptées aux circonstances, traduisent la libération d'un automatisme inférieur. Je crois qu'aucun clinicien ne met en doute la réalité clinique de ces accidents comitiaux. Il n'en est plus de même quand la cohérence, la coordination, la logique apparente se retrouvent dans les actes accomplis qui sont alors la manifestation d'un automatisme mental supérieur. Certains auteurs mettent en doute que de tels actes peuvent

exister, d'autres pensent qu'il ne s'agit pas de troubles de nature épileptique.

Dans différents mémoires et communications en collaboration avec MM. Toulouse, Litvak, Targowla, Montassut et Bauer, je me suis attaché à rapporter des exemples cliniques indéniables de ces curieux syndromes épileptiques et j'ai eu la satisfaction de convaincre plusieurs de mes collègues qui n'admettaient pas que des manifestations automatiques épileptiques pouvaient être coordonnées.

Il existe chez les comitiaux tous les intermédiaires entre les actes automatiques les plus incohérents, manifestation d'une activité automatique inférieure et les actes les mieux coordonnés. Mon élève, M. Picard, vient de traiter cette question dans sa thèse. Je n'aurai en vue ici que l'étude des actes automatiques au cours desquels l'activité reste coordonnée. Ces cas, dans lesquels le fini de l'exécution cadre avec la coordination des motifs, ne sont pas rares dans la clientèle de ville. Nos exemples les plus remarquables, les plus typiques ont été recueillis chez des malades de la consultation pour épileptiques à l'Hôpital Henri Rousselle. Il s'agit de sujets qui vivent en liberté, gagnent leur vie ou s'occupent de leur ménage.

Les actes coordonnés d'automatisme mental ont trait, soit à la vie quotidienne du sujet, soit à sa profession. Quelquefois, ils n'ont aucun rapport avec les habitudes du malade.

Comme il est difficile, à cause de l'amnésie consécutive, de savoir comment se comportent les sujets pendant les accès, nous avons interrogé les personnes de leur entourage et nous avons pu, chez plusieurs sujets, faire pratiquer certaines épreuves destinées à montrer dans quelle mesure les fonctions cérébrales supérieures sont conservées. Ces actes ne doivent pas être qualifiés d'inconscients car il n'est pas certain que les sujets n'ont pas conservé une certaine conscience pendant l'accomplissement d'actes aussi bien adaptés. Dans la plupart des cas, l'amnésie est complète, absolue, portant sur toute la période de l'accès d'automatisme. Cependant, parfois, quelques souvenirs surnagent et cette constatation ne doit pas faire rejeter le diagnostic d'épilepsie.

Une autre remarque que M. Picard relève dans sa thèse est la suivante. Dans l'épilepsie, les tendances automatiques sont en partie fonctions de l'âge. L'automatisme cohérent, coordonné, ne survient que chez des individus d'un certain âge. Sur 36 cas d'épilepsie tardive (apparue après 25 ans), 19 mala-

des présentaient des accès d'automatisme coordonné. Ce syndrome comitial multiplie donc ses possibilités avec le nombre des acquisitions intellectuelles.

Ainsi, au cours des accès d'automatisme, l'épileptique peut agir comme le ferait un individu paraissant normal. Toute manifestation confusionnelle, tout état crépusculaire peut faire défaut. Cependant, quand on peut soumettre le sujet à certaines épreuves pendant l'accès, il est bien rare qu'on ne puisse mettre en évidence quelques défaillances des fonctions intellectuelles supérieures. Certains sujets ne parlent pas ; d'autres ont la voix changée ; les uns se présentent en public dans une tenue dont ils ont honte quand ils reprennent leur lucidité. Les actes accomplis, s'ils sont délicats, présentent quelques lacunes ou défauts qui indiquent des troubles manifestes de l'attention, de l'auto-conduction.

J'ai tenté, dans cette courte note, de montrer que l'activité mentale dans l'automatisme épileptique, peut se manifester par des actes complexes coordonnés, qu'il est bien difficile de les considérer comme accomplis en dehors de toute conscience. Si chez l'individu normal, les fonctions intellectuelles même les plus élevées comprennent une part d'automatisme, chez l'épileptique, cet automatisme supérieur peut se manifester comme phénomène morbide. Ces troubles rentrent bien dans le cadre de l'automatisme mental.

M. Blondel (de Strasbourg). — Le Maître Jacques que je suis, a été touché, je l'avoue, à sa corde sensible par l'affirmation de M. Nayrac que seule était utile à la Psychiatrie la psychologie immédiate accessible à tout honnête homme. Je ne sais ce qu'est cette psychologie, car tous les spécialistes, les psychiatres, comme les autres, ont besoin d'être informés de tout ce qui touche à leur spécialité. J'ai mieux compris ce qu'a voulu dire M. Nayrac en l'entendant nous parler, non de psychologie seulement, mais de psychologie et de philosophie. Là encore, à prendre l'expression à la lettre, il y aurait lieu de s'insurger, car la séparation de la psychologie et de la philosophie est maintenant chose faite. Mais l'attitude prise par M. Nayrac trouve, sans doute, son explication dans l'influence exercée au cours de ces dernières décades par l'œuvre géniale de M. Bergson. Il y a chez M. Bergson un psychologue d'une sûreté et d'une souplesse incomparables. Nul mieux que lui n'a souligné les insuffisances de la psychologie des Spencer et

des Taine et il a puissamment contribué à introduire une nouvelle conception de la vie mentale dont il est légitime que les psychiatres fassent état. La convergence de l'analyse bergsonienne et de la clinique est merveilleusement révélée par la concordance, si glorieuse pour la psychologie, de la critique à laquelle M. Bergson soumettait en 1896 dans *Matière et Mémoire* la théorie alors classique de l'aphasie et de la révolution que M. Pierre Marie y a apportée au nom de l'observation en 1906. Mais M. Bergson n'est pas seulement un psychologue, il est aussi, il est surtout un métaphysicien. L'analyse psychologique n'est pas pour lui un but, mais un moyen. D'où le danger de lui emprunter inconsidérément pour des fins d'ordre scientifique des conceptions de caractère tout métaphysique. L'élan vital que certains psychiatres utilisent à l'explication des troubles morbides, est une notion métaphysique et non proprement biologique. *L'Evolution Créatrice,* où elle nous est développée, n'est pas un traité de biologie, mais une œuvre de philosophie biologique. De même et surtout, dans le cas qui nous occupe, l'intuition bergsonienne, dont nous parle M. Ceillier, est un instrument de connaissance métaphysique. Elle vise par une espèce de tour de force mental à saisir en nous l'être naturellement insaisissable et, comme elle est inexprimable directement, nous ne pouvons songer à en communiquer que l'attitude mentale qui l'engendre, par une série de métaphores sans cesse multipliées et renouvelées qui l'enserrent de plus en plus sans prétendre jamais l'exprimer. Du moment que toute science étant objective est essentiellement communicable, quelle est la science où pourraient trouver légitimement leur place ce mode d'investigation et ce mode d'expression ? Lorsque M. Nayrac nous met en garde contre la psychologie, je pense qu'il n'a en vue que ces conceptions philosophiques qui, si voisines qu'elles soient de l'analyse et de la critique psychologiques dans la pensée et l'œuvre de Bergson, ne doivent pas moins en être pour notre usage sévèrement et radicalement séparées.

D'ailleurs, les rapports que nous avons entre les mains sont pleins de psychologie proprement dite. Ils sont fondés en ce qu'ils ont de plus positif, sur l'étude de comportement, en particulier du comportement verbal des malades, et l'étude de tels comportements constitue précisément la psychologie objective, aussi bien pathologique que normale.

La définition que nous donne M. Lévy-Valensy de l'automa-

tisme psychologique : « L'automatisme mental est l'indépendance plus ou moins complète des éléments d'ordre psychique échappant au contrôle de la volonté », prête à une équivoque que M. Nayrac semble avoir essayé d'éviter.

L'automatisme mental est un phénomène normal. Il l'est en un double sens. D'une part, des excitations mettent en branle en nous, par une espèce de déclic, des séries de sentiments, pensées et actions qui se déroulent ainsi mécaniquement : en ce sens, sur lequel nos rapporteurs n'ont en général pas insisté, ces phénomènes sont automatiques, parce qu'ils sont machinaux. D'autre part, que nous rêvions ou que nous réfléchissions, en fonction du thème de notre réflexion ou de notre rêverie, des idées ou des sentiments surgissent spontanément à notre conscience, dont le lien est quelquefois tout à fait nouveau et inattendu pour nous : en ce sens, que nos rapporteurs ont retenu de préférence, ces phénomènes sont également automatiques, mais cette fois parce qu'ils sont spontanés. Mais, machinale ou spontanée, cette activité mentale automatique demeure toujours sous le contrôle effectif, qu'il soit manifeste ou latent, de ces processus psychologiques supérieurs que nous groupons sous le nom de volonté. Normalement, les défaillances de ce contrôle ne sont jamais durables. Le rêve lui-même qui, de tous les phénomènes automatiques, est celui qui lui échappe le plus évidemment, retombe cependant régulièrement sous sa coupe par le réveil.

Par conséquent, un automatisme mental qui échappe intégralement au contrôle de la volonté, n'est plus un automatisme normal et, d'ailleurs, les troubles morbides plus particulièrement taxés d'automatisme par nos rapporteurs n'ont pas leur analogue exact dans l'automatisme normal. C'est pourquoi, nous voyons sans surprise M. Nayrac constituer pour eux la catégorie de l'automatisme pathologique dont le type serait, à l'en croire, l'hallucination sensorielle, tout en admettant que l'automatisme normal a ses manifestations morbides. Tout automatisme, qu'il soit normal ou occasionnellement morbide ou proprement pathologique au sens de M. Nayrac, a pour caractère d'être spontané. L'automatisme morbide, à quelque groupe qu'il appartienne, ne doit donc pas son caractère pathologique à sa spontanéité, mais à quelque autre propriété qu'on néglige de nous dire.

Ou plutôt on nous la dit bien, mais en passant de la clinique à la pathogénie. Les troubles mentaux caractérisés par cet

automatisme tiendraient à des troubles organiques d'une précision décroissante. Pour M. de Clérambault, l'automatisme mental est de cause histologique et cette affirmation se développe en d'amples hypothèses anatomopathologiques. M. Lévy-Valensi tend à admettre une constitution automatique, traduisons avec lui en langage histologique, une prédisposition tératologique cellulaire. Enfin, M. Nayrac s'en tient à conclure qu'il est logique de considérer que l'automatisme pathologique a probablement une base organique, sans préciser davantage, et cette imprécision est assurément mieux que le reste à la mesure de nos connaissances.

Théoriquement, la conception de l'automatisme mental semble donc se réduire à ce point qu'il ne saurait y avoir de fumée mentale sans feu cérébral. Le principe ne soulève pas d'objection, car, contrairement à ce que semble croire M. Ceillier, il ne peut y avoir de maladies mentales qui ne soient que des maladies de l'esprit ; je n'imagine pas un archange persécuté ou schizophrénique. Mais, une fois posée la nécessité d'une cause organique, tout ce que nous en pouvons dire, c'est que nous la conjecturons sans la connaître. Pas d'anatomie pathologique ni de biologie possibles sans faits authentiquement anatomiques et biologiques. De la fumée et du feu nous ne pouvons pour le moment étudier en fait que la fumée.

Cette étude fait précisément l'intérêt actuel des travaux que la théorie de l'automatisme mental a suscités. Nos rapports abondent en constatations cliniques, en analyses. M. Nayrac me permettra de dire psychologiques, très fines et très opportunes, qui donnent à en espérer d'autres encore. Mais les chercheurs me permettront de leur signaler un danger. Ces constatations, ces analyses nous apportent des descriptions très utiles et même indispensables ; mais ces descriptions ne sont pas des explications. M. Vermeylen nous rappelait avec beaucoup d'à-propos les rapprochements qui ont été établis entre la mentalité primitive et la mentalité morbide. Les termes de prélogique, de mystique, de participation qui ont servi à M. Lévy-Bruhl pour définir la mentalité primitive conviennent tout à fait pour décrire certains traits de la mentalité morbide et je crois bien avoir été le premier à signaler l'intérêt de ces analogies et à montrer qu'elles peuvent nous aider à mieux comprendre les problèmes qui se posent à nous et à y mieux adapter nos méthodes de recherche. Mais il faut se garder de conclure, comme l'a fait Storch, en particulier, au Congrès de

Groningue, de ces analogies à un rapport génétique et de faire de la mentalité morbide une régression à la mentalité primitive. Les différences entre elles sont, en effet, tout à fait décisives. La mentalité primitive est une mentalité collective, commune à tous les membres d'un groupe ; la mentalité morbide se limite à un seul individu, elle est en règle générale impropre à se propager et même à se communiquer intégralement. En faisant de la seconde une régression à la première, en prenant ainsi un procédé de description pour un procédé d'explication, on se trouve donc négliger entre les deux mentalités une différence irréductible. C'est là un exemple, entre bien d'autres, du danger qu'il y a à confondre description et explication. Il y aurait intérêt à ce que les tenants de ce qui nous est décrit sous le nom d'automatisme mental se défendissent de semblables confusions.

M. Yves Porc'her (de Font-d'Aurelle). — Messieurs, je voudrais, sur cette question de l'automatisme en psychiatrie (je dis automatisme tout court et non automatisme mental), apporter le point de vue d'un physicien. Pour bien situer ce point de vue, je vous avouerai franchement que je me suis cru hier dans une réunion de théologiens ; j'ai fini par comprendre qu'il s'agissait sans doute d'une soutenance de thèse sur un sujet de haute métaphysique : le Syndrome S. Toutefois, je dois faire une exception pour M. Janet et M. Blondel et je dois dire que j'ai éprouvé quelque réconfort à entendre ces deux grands artistes (la Science et l'Art sont-ils si étrangers ?) attirer votre attention sur la fragilité des concepts de la Psychologie. Je reviendrai moi aussi sur cette question des fondements de la connaissance, n'ayant à dire nulle chose que chacun ne sache, mais que tout le monde oublie.

Il y a moi et les autres, ma personne et les autres personnes; l'évidence que j'ai de l'existence des autres personnes est basée sur des jugements externes (en gros, je puis les voir et les toucher), l'évidence que j'ai de l'existence de ma propre personne repose aussi, en partie, sur des jugements externes mais surtout sur des jugements d'une tout autre nature, je la sens. Il y a donc entre moi et les autres personnes (et aussi les objets) des éléments comparables basés sur des jugements externes et ceci est le domaine de la physique. Au contraire, le sentiment de ma propre personne, ma conscience, est un élément irréductible et continu, c'est Moi (je suis enfermé dans un sac de cuir,

disait Le Dantec) que la physique entoure et pénètre. Immédiatement, un problème se pose ; puis-je établir une loi de concordance entre mes sentiments et certaines conditions physiques et dans quelle mesure puis-je le faire ? L'analyse physique des sensations, plus exactement de leurs conditions, par exemple, l'étude des seuils de perception, paraît donner une réponse favorable à cette question, mais je ne pense pas que dans cette voie nous puissions aller bien loin ; je crains bien que la proposition « le cerveau moud la pensée » ne cache quelque utopie décevante et pour résumer mon opinion sur ce point, je dirai : « je ne puis m'analyser sans me détruire ».

Partant de ce point de vue, je me suis persuadé depuis de longues années que toute tentative d'explication de la pathologie dite mentale, en termes de sentiments selon les formules de la psychologie animiste, ne pouvait être que discours métaphysiques (je dis psychologie animiste car le sens du mot psychologie a varié, ce qui n'est pas sans amener d'innombrables malentendus). Mais restant dans le domaine strictement physique, les zoologistes nous ont ouvert une voie nouvelle avec l'éthologie ou, si vous préférez, la science du comportement. Résolu à appliquer cette méthode à l'étude de l'homme normal et pathologique, j'ai cherché si je ne trouverais pas quelque devancier dont les travaux puissent me servir de guide ; il n'en manque point. Mais il en est un à qui je veux consacrer une mention toute particulière, c'est le grand neurologiste anglais, le plus grand peut-être des neurologistes du XIXe siècle, Hughlings Jackson.

Dès 1884, chargé des Croonian Lectures, Jackson choisissait comme sujet « évolution et dissolution du système nerveux » et le développait en trois leçons que vous retrouverez reproduites in *the Lancet*, 1884, vol. I. Je ne puis résumer ici ce travail considérable. Je ne citerai que quelques phrases.

« J'ai pensé depuis longtemps, dit Jackson, que nous serions grandement aidés dans nos investigations sur les maladies du système nerveux si nous les considérions comme des régressions d'une évolution, c'est-à-dire comme une dissolution... L'évolution c'est le passage du plus organisé au moins organisé, c'est-à-dire depuis les centres inférieurs les mieux organisés vers les centres supérieurs les moins organisés... L'évolution, c'est le passage du plus simple au plus complexe... L'évolution, c'est le passage du plus automatique au plus volontaire... La symptomatologie des maladies du système nerveux est double, dans chaque cas, il y a un élément négatif et un élément

positif. La régression n'étant que partielle (la régression complète serait la mort), quelque niveau d'évolution demeure. D'où il ressort que la proposition « subir une régression » est strictement équivalente à celle-ci : « être réduit à un niveau inférieur d'évolution » ou plus explicitement : la perte du moins organisé, du plus complexe, du plus volontaire implique la survivance du mieux organisé, du moins complexe et du plus automatique... Je soutiens que tous les symptômes mentaux (tels que illusions, hallucinations, délusions et conduite extravagante) ne sont que l'expression de l'activité d'éléments nerveux non touchés par le processus morbide. »

Sans prendre dans un sens trop absolu ce dernier passage, j'ai cru bon de le citer, dans un temps où en pathogénie neuro-psychiatrique on ne parle que d'épine irritative (voir de prurit serpigineux ?).

Messieurs, toute l'école neurologique anglaise contemporaine (et ses travaux sont de quelque importance) est comme imprégnée des vues de ce génial précurseur que fut Jackson. Je ne puis que rappeler ici (je n'ai pas le temps) l'immense labeur d'analyse expérimentale de Sherrington condensée dans son admirable livre : « The integrative action of the central nervous system ».

Dans le même ordre d'idées, mais sous un angle un peu différent, celui des phénomènes mnésiques, je me sens presque gêné d'avoir à rappeler devant ce Congrès, à propos de l'automatisme, les travaux de Pawloff et de ses élèves. Et je me sens moins hardi d'avoir osé vous parler d'éthologie niant la conscience, après vous avoir cité le nom de l'homme qui inventa (et j'emploie ce mot dans son sens premier) la méthode permettant l'analyse des phénomènes cérébraux sans faire appel aux états de conscience du sujet en expérience.

Je voudrais, Messieurs, avant de terminer, faire une remarque touchant notre clinique journalière ; je veux dire l'importance exagérée que l'on attache en psychiatrie au comportement verbal, pour employer l'heureuse expression qu'employait tout à l'heure M. Blondel. Et comme, comme encore le faisait remarquer M. Blondel, cette « méthode descriptive » ne nous permet que de classer nos aliénés en groupe d'après un comportement verbal analogue, on n'y peut baser aucune théorie explicative. Ce travail de classification, les aliénistes du XIXe siècle l'ont accompli et ils ont tiré de cette méthode à peu près tout ce qu'il était possible d'en tirer. A vouloir forcer une technique au delà de son domaine d'application, on ne peut

que tomber dans des ratiocinations scholastiques, il faut chercher autre chose. M. le Professeur Raviart, ainsi que le fait remarquer incidemment mon ami Nayrac dans son rapport, insiste dans son enseignement sur de multiples petits signes neurologiques observables chez les aliénés (en particulier, les persécutés chroniques) et que je qualifierai d'anomalies d'expression ; je crois très fermement que la recherche dans cette voie doit être féconde.

Messieurs, nos devanciers ont fait ce qu'ils ont pu, avec les moyens de leur temps, et ils l'ont bien fait, sachons leur en savoir gré ; et nous aussi faisons ce que nous pouvons avec les moyens de notre temps mais gardons-nous des formules périmées. Et reprenant mot à mot Jackson, élevons-nous du commode parce que le plus simple, le mieux organisé, le plus automatique, vers le plus difficile parce que le plus complexe, le moins organisé, le plus volontaire, vers les hauteurs où chaque jour la science se fait.

Et pour conclure, Messieurs, permettez-moi de citer mon illustre compatriote Renan, en répétant avec le sens plein qu'il voulut y mettre, la phrase qui termine sa prière sur l'Acropole: « La foi que l'on a eue ne doit jamais être une chaîne et l'on est quitte envers elle, quand on l'a roulée dans le linceul de pourpre où dorment les dieux morts. »

M. A. Donaggio (de Modène). — La discussion a révélé un contraste accentué entre les théories psychologiques et les théories organicistes. On a apporté une série de documents à l'appui de la thèse organiciste, on a considéré l'automatisme pathologique comme une séquelle lointaine de certaines infections, comme le résultat d'intoxications chroniques exogènes ou endogènes ; mais ni dans les rapports si remarquables, ni dans les observations des collègues qui ont pris part à la discussion, a été rappelée une condition morbide qui peut donner un appui à la théorie organiciste : *cette condition est représentée par la tuberculose.* Je me permets d'attirer l'attention du Congrès sur cette condition morbide, que je considère comme *un des éléments prééminents dans la production de l'automatisme pathologique.* Les récentes recherches cliniques, anatomiques, statistiques de Löw, Krauss, Gosline, Zalla, Ciarla, Mira et d'autres auteurs ont donné une grande quantité de faits qui démontrent les rapports étroits entre la tuberculose et la démence précoce. Pour ma part, j'ai des observations tout à fait démonstratives de ce rapport. La connexion entre la

tuberculose et la démence précoce se manifeste de plus en plus comme un rapport de cause à effet.

Mais la démence précoce est précisément une condition typique de désagrégation psychique ; c'est une maladie où l'automatisme pathologique a son expression évidente. La tuberculose est aussi capable de provoquer des manifestations de dissociation qui, tout en n'aboutissant pas toujours à la schizophrénie, ont ces caractères de désagrégation psychique qui représentent la condition favorable au déclanchement de l'automatisme pathologique. La doctrine organiciste de l'automatisme pathologique peut retrouver dans l'action de la tuberculose des données importantes à l'appui. Dans la démence précoce, on trouve des lésions surtout corticales, ainsi que je l'ai répété à l'occasion de la communication de M. Steck au Congrès de Genève (août 1926). Mais nous devons prendre en considération la capacité que les toxines de la tuberculose possèdent de provoquer dans les fibres nerveuses des lésions qui, tout en n'étant pas destructives, donnent lieu à des blocages, à des troubles de conduction. Ces lésions ne sont pas visibles avec les méthodes de Marchi et de Weigert : il s'agit de lésions histochimiques qui échappent à ces méthodes et à d'autres procédés, mais sont décelables avec les méthodes que j'ai indiquées (un essai de recherche avec ces méthodes dans la tuberculose a été donné par A. Morselli). Les substances toxiques, les traumatismes peuvent donner ces lésions histochimiques. Nous parlons de lésion fonctionnelle quand nous ne pouvons pas démontrer une lésion organique ; mais, en perfectionnant les méthodes de recherche, un certain nombre de lésions fonctionnelles se révèlent graduellement comme lésions organiques. Certainement les théories psychologiques et les théories organicistes seront toujours et utilement en contraste, mais le fait qui ressort des recherches modernes est que les *lésions fonctionnelles vont se réduire.*

M. Henri Claude (de Paris). — Il me semble que l'automatisme mental prend une extension de plus en plus grande, à en juger par les rapports et les discussions auxquelles ils ont donné lieu. Dans le domaine psychologique comme dans le domaine psychiatrique, le terme d'automatisme revient constamment. On invoque Spinoza, Pascal, Bergson et déjà dans les certificats administratifs, le diagnostic d'automatisme mental est porté complaisamment pour étiqueter tous les délires. Il faudrait mettre un peu de clarté dans ces essais nosologiques et

délimiter davantage ce qu'il convient de représenter comme l'expression de l'automatisme. Pour Nayrac, par exemple, automatisme est synonyme d'hallucination ; tous les hallucinés sont atteints d'automatisme mental. Il faut distinguer : la véritable hallucination à caractère d'extériorisation spatiale est rare. Elle s'observe plutôt dans les états d'hallucinose en rapport avec des lésions cérébrales : méningite séreuse avec hypertension, tabes, et aussi dans les délires hallucinatoires des tumeurs cérébrales, de la P. G. Les faits de Cushing montrant des hallucinations dans le champ aveugle des hémianopsies par tumeurs sont particulièrement instructifs. L'hallucination dans ces cas a alors le caractère d'une manifestation sensorielle à *caractère impersonnel*. Il n'en est pas de même dans le groupe des psychopathies délirantes où l'on emploie constamment le mot d'hallucination alors qu'il est souvent très difficile de faire indiquer s'il s'agit réellement d'un trouble sensoriel. Dans la pratique, il faut donc distinguer les faits dans lesquels les hallucinations ont le caractère sensoriel et se sont accompagnées plus ou moins tôt de conceptions délirantes, ce sont les véritables psychoses hallucinatoires et les cas que je range sous l'étiquette d'automatisme mental parce qu'ils sont constitués par une série de troubles sensitifs ou sensoriels, moteurs, psycho-moteurs, mais dans lesquels on ne peut déterminer nettement l'existence d'une véritable altération sensitive, sensorielle ou psycho-motrice. Ce sont des malades qui ont le *sentiment*, comme l'ont dit très justement P. Janet, Séglas, qu'on les fait agir, qu'on les pousse, ou qu'on les restreint dans leur activité, qu'on agit sur leur pensée, qu'on les fait parler ou qu'on leur parle, qu'on les excite, qu'on leur procure des sensations multiples, mais tout cela avec une imprécision qui se caractérise par le pronom *on*. En réalité, ce qui domine chez tous ces malades, c'est le sentiment qu'il existe une action extérieure à leur moi, âme et corps, et qui se fait sentir sur leur esprit, leurs sens, leurs membres. Toute cette symptomatologie profondément intégrée dans la personnalité constitue ce que j'ai appelé le syndrome d'action extérieure.

Il s'agit là d'un état psychopathique où il semble que toutes les manifestations soient mises en œuvre par la germination d'idées dont l'origine peut être lointaine, enfermées même dans le subconscient, ou qui peuvent être le produit d'une rumination mentale, provoquées par une série de chocs affectifs.

La conception de l'automatisme mental de M. de Cléram-

bault qui a retenu particulièrement l'attention dans cette discussion, en raison de l'importance des travaux de cet auteur, repose sur une toute autre interprétation des faits : l'automatisme mental est primitivement anidéique, les hallucinations n'ont pas à l'origine un caractère thématique. Mes observations ne m'ont pas montré habituellement des cas de cet ordre. Pour M. de Clérambault, cet automatisme qui surgit tout à coup sans être relié à la personnalité antérieure du sujet, a les apparences d'un accident fortuit analogue aux accidents résultant d'une altération banale des centres nerveux. S'il en est ainsi, il faudrait qu'on nous démontre l'existence de ces modifications organiques.

Certes, il y a des cas, j'en ai rapporté moi-même, dans lesquels la lésion est évidente (méningite, tumeurs, P. G., hypertension intracranienne simple), mais, comme je l'ai montré, dans ces cas, la lésion n'agit pas d'une façon indifférente, elle provoque un trouble psychopathique qui reflète les préoccupations antérieures du sujet, les montre grossies, amplifiées, de même que la P. G. au début se révèle souvent par les tendances dépressives, ou même par des apparences maniaco-dépressives.

Et quand il n'y a pas d'altérations apparentes, qu'on vienne nous proposer que la symptomatologie présentée soit la conséquence des micro-lésions méningo-corticales, séquelles d'états infectieux antérieures, voilà ce que nous ne pouvons admettre autrement qu'à titre d'hypothèses gratuites. On nous parle d'éruption serpigineuse à la surface de la corticalité cérébrale, de lésions des noyaux gris centraux par assimilation à ce que l'on observe dans les tumeurs, de lésions des nerfs olfactifs dans les cas d'hallucinations olfactives ; on soupçonne des troubles de la chronaxie cérébrale. Véritablement, ce sont des suppositions ingénieuses, mais le moindre élément de démonstration ferait mieux notre affaire. J'ai dirigé depuis longtemps mes travaux et ceux de mes collaborateurs dans la voie biologique et je crois fermement que la formule de l'orientation psychiatrique doit être psycho-biologique, mais il convient de s'astreindre dans ces recherches à une discipline de travail sévère. Lorsqu'on a été nourri de pathologie générale, qu'on s'est asservi à la rigueur de la méthode anatomo-clinique qui a été si féconde en neurologie, on ne peut que s'étonner de ces généralisations hâtives. Il faut avoir la patience d'avancer lentement sur le terrain psychiatrique en s'appuyant d'abord sur les données cliniques.

Que nous apportent-elles dans ces cas d'automatisme mental ? Des renseignements d'abord sur les conditions antérieures des malades : éléments de débilité mentale très fréquemmnet, souvent des tendances aux obsessions avec sentiment d'incomplétude, comme l'indiquait M. Janet, enfin parfois aussi tendances interprétatives à caractère paranoïaque. Voilà le terrain. Et comment apparaît la maladie ? A la suite de préoccupations d'ordre moral, de modifications du tonus affectif provoquant cette rumination mentale que j'ai déjà signalée ou une exagération du langage intérieur toujours assez développé chez ces sujets. Bien souvent, c'est dans un passé lointain qu'il faut chercher la reviviscence de sentiments refoulés qu'un examen superficiel laisserait méconnus. Quand on tient compte de tous ces éléments, il est fréquent qu'on puisse arriver à reconstituer l'origine du délire. Je crois, comme je l'ai indiqué depuis longtemps dans mes leçons, que c'est dans un trouble plus ou moins apparent de l'affectivité qu'il faut chercher l'origine de ce syndrome d'automatisme mental. Kretschmer dans la deuxième édition récente de son livre (*Sensitive Beziehunswahn*) a insisté sur la condition de ces sensitifs qui refouleront l'émotion pathogène, la transformeront en représentations mentales dérivées, la détourneront vers des complexes associatifs délirants, à caractère de symbole, de défense ou de compensation, qui occuperont le premier plan dans leur conscience : ainsi naîtront des interprétations morbides mal caractérisées, délires divers rentrant dans le cadre de l'automatisme mental, car, comme il le dit lui-même : « Le jugement porté par le malade sur la réalité des représentations mentales est très variable, le sentiment de cette réalité peut aller jusqu'à l'illusion sensorielle. » Les observations de Kretschmer montrent nettement le passage de la rumination morbide à l'interprétation délirante, à un sentiment d'étrangeté, domination par autrui qui peut aboutir à un automatisme complet. Le rôle capital de l'interprétation sur un fond mental troublé par des complexes apparaît évident.

Cette distinction nous semble avoir un autre intérêt que celui qui s'attache à la discussion de doctrines fragiles : si l'automatisme mental, limité aux faits complexes que nous avons en vue à une origine organique, la thérapeutique est illusoire actuellement et ne peut compter que sur des actions spécifiques, anti-infectieuses, problématiques. Si l'origine psychogène est acceptée, même quand des altérations organi-

ques ont pu être la cause occasionnelle des manifestations, la thérapeutique psychique ne doit pas être sans effet, surtout si elle est secondée par un traitement de l'état organique (ponction dans l'hypertension ; cure anti-syphilitique ; régime contre l'azotémie, etc.). Une constitution paranoïaque avérée rendrait toutefois les échecs probables.

En somme, nous insistons pour qu'on n'édifie pas des systèmes psycho-biologiques sur des données psychologiques qui ne soient pas déterminées de façon nette et où les hypothèses biologiques sont encore purement gratuites.

M. Jean Lépine (de Lyon). — L'œuvre remarquable de M. de Clérambault a une valeur descriptive que les rapports ont bien mis en lumière. Sa valeur explicative me paraît moins incontestable. Je partage les craintes de ceux qui, biologistes d'éducation, redoutent que l'on ne demande trop tôt à la biologie ce qu'elle ne peut donner.

Pour expliquer cette libération mystérieuse de l'automatisme mental, il n'est pas sûr, pas probable même, que des lésions localisées, reliquats éventuels de quelque atteinte lointaine puissent suffire. La clinique nous apprend que, bien souvent, si l'on sait chercher, on retrouve, même dans les cas à début apparemment subit, une longue période de préparation.

Durant cette période, ce qui crée l'état morbide, l'habitude de l'automatisme, c'est, outre une prédisposition sur laquelle tout le monde est d'accord, l'existence de facteurs affectifs à action prolongée ; une lutte s'établit entre la conscience critique normale et l'idée prévalente parasite. Et si le cerveau cède parfois, c'est bien moins du fait d'une lésion particulière que d'un mauvais fonctionnement général de l'organisme, d'un trouble prolongé des métabolismes. Ce trouble peut-être psychogène. Il est souvent aussi organique, mais à titre général, d'où l'influence des infections latentes et débilitantes, la tuberculose entre autres, celles des circonstances épuisantes, comme les grossesses répétées.

Mais surtout, c'est d'un ensemble physique et moral qu'il s'agit. Ces incidents morbides sont des drames humains, où les circonstances morales, intimes, sociales, physiques se mêlent et additionnent leur action. Les délires de guerre m'ont permis de fournir des exemples de cette pathogénie complexe. S'ils n'ont pas été plus fréquents, c'est parce que le cerveau normal a une résistance spontanée à s'abandonner à

l'automatisme, comme le prouvent ces cas d'obsessions en route vers le délire et que le sujet cherche à interrompre par le suicide.

M. Lévy-Valensi (de Paris). — M. Lévy-Valensi se limitant dans ses réponses aux critiques concernant les faits énumérés dans son rapport, maintient le terme *syndrome de dépossession* dont l'opportunité ne lui paraît pas diminuée par les critiques de MM. Hesnard et Guiraud : son objection, tirée des faits de spiritisme transformés en délire chronique, lui paraît demeurer après les critiques de M. de Clérambault. M. Lévy-Valensi déclare avoir fait la part qui convenait, dans son rapport, à l'affectivité et n'avoir point prétendu, contrairement à la critique de M. Hesnard, que l'obsession peut exister en dehors des troubles de l'affectivité. Il se réjouit de voir l'opinion défendue par lui à la fin de son rapport d'une *prédisposition* aux phénomènes dits hallucinatoires acceptée éventuellement par M. Vermeylen, MM. les Professeurs Claude et Lépine.

M. Lévy-Valensi enfin, a été très heureux de se rencontrer avec M. Lépine quant à la façon de concevoir en l'espèce le rôle des facteurs occasionnels de l'infection en particulier.

M. Nayrac (de Lille). — Messieurs, après cette longue discussion, j'ai le périlleux honneur d'avoir à la résumer et à conclure. J'essaierai de le faire rapidement.

M. P. Janet avec une bonhomie charmante a bien voulu nous apporter le fruit de son expérience en nous faisant part de ce qu'il appelait modestement « ses écoles ». Il a pu, je pense, se rendre compte ici combien les travaux sur l'automatisme physiologique ont vivifié les études psychiatriques.

M. Marchand a montré de très beaux exemples cliniques qui développent et illustrent mon allusion à l'automatisme physiologique dans l'épilepsie. Comme l'a fait remarquer M. Marchand, il s'agit là de faits qui ne peuvent en rien être confondus avec l'automatisme hallucinatoire. C'est pourquoi, je ne crois pas (comme M. Claude a pu me le reprocher), avoir « égaré le débat » par la considération de l'automatisme physiologique opposé à l'automatisme pathologique. Cette opposition, j'ai eu en revanche le bonheur de la voir appuyée par M. Sollier et M. Blondel. M. Laignel-Lavastine a dégagé un élément différentiel entre les deux ordres de phénomènes automatiques : selon lui, un phénomène mental est morbide

par la manière dont il se rattache au reste de l'activité. Ce qui fait le caractère pathologique de certains automatismes, c'est précisément qu'ils ne se relient pas selon les lois habituelles au reste du mécanisme.

Quant à la pathogénie de l'automatisme pathologique, bien des conceptions se sont opposées. Mon ami Porc'her a parlé « de querelle de théologiens » et sans doute a-t-il un peu exagéré. En faveur de l'organicisme, mon maître, M. Raviart, a rappelé les progrès sans cesse réalisés en matière de psychopathologie par l'étude du fonctionnement organique des centres nerveux. M. de Clérambault a apporté le récit d'expériences physiologiques fort intéressantes de mon ami Daniel Santenoise. M. Obreggia, des résultats anatomo-cliniques sur le substratum organique des phénomènes d'automatisme moteur dans l'alcoolisme. Par contre, M. Quercy et M. Minkowski ont parlé ici selon le mode philosophique. M. Vermeylen a cherché dans l'automatisme mental un terrain intermédiaire entre les phénomènes nerveux et les phénomènes psychiques.

M. Hesnard, avec le charme si prenant de son verbe de sirène, m'a reproché d'avoir négligé l'analyse affective dans l'étude de l'automatisme. M. Claude a aussi émis l'avis que les psychanalystes pourraient peut-être nous éclairer dans cette question. Malgré l'autorité de ces deux maîtres et malgré la profonde admiration dans laquelle je tiens leurs travaux, je ne puis pas ne pas dire ici que l'école à laquelle j'appartiens rejette complètement la psychanalyse freudienne comme non susceptible de communication ni de vérification, donc incompatible avec la méthode scientifique.

M. Blondel, par contre, a pris aussi la défense de la psychologie, mais en la considérant comme l'étude du comportement. Je pense que cette psychologie-là est parfaitement susceptible d'une étude scientifique et, ainsi délimitée, je la considère comme au-dessus de toute critique. Reste à étudier ce comportement aussi complètement que possible. M. Courbon nous a proposé à cet égard le secours du phonographe et du cinéma ; je suis tellement d'accord avec lui que depuis quelque temps déjà j'utilise couramment le deuxième instrument dans ma pratique.

Et je ne saurais mieux conclure qu'en reprenant la phrase de M. Donaggio : « Les syndromes fonctionnels vont se réduire, lentement, mais ils vont se réduire. »

DEUXIÈME RAPPORT

RAPPORT DE NEUROLOGIE

ET

DISCUSSION DU RAPPORT

LES TUMEURS
DES VENTRICULES LATÉRAUX

ÉTUDE ANATOMO-CLINIQUE

Par le Dr J. JUMENTIÉ

Directeur de la Fondation Déjerine à la Faculté de Médecine de Paris

---

LES TUMEURS
DES VENTRICULES LATÉRAUX
ÉTUDE ANATOMO-CLINIQUE

Par le Dr J. Jumentié
Directeur de la Fondation Déjerine à la Faculté de Médecine de Paris

---

SOMMAIRE

Les hasards de la clinique et du laboratoire, dans ces dernières années, m'ayant donné l'occasion d'étudier une série de cas de tumeurs des ventricules latéraux, j'ai songé à utiliser ces documents en les rapprochant de ceux publiés dans la littérature pour essayer de fixer les caractères anatomo-cliniques de cette variété de tumeurs cérébrales.

Les difficultés que j'ai rencontrées ont été nombreuses, et je n'ai malheureusement pas la satisfaction d'apporter ici la description d'un syndrome clinique nettement défini qui permette de faire un diagnostic ferme de localisation ventriculo-latérale ; au cours de cet exposé, vous comprendrez aisément ce qui fait l'imprécision, parfois même le silence, de l'évolution des néoplasmes de cette région du cerveau.

L'étude anatomo-pathologique a particulièrement retenu mon attention ; en dehors de la nature histologique des différentes néoplasies que l'on peut rencontrer dans la grande cavité de l'hémisphère, leur siège et leur point d'origine m'ont paru mériter d'être précisés, j'ai d'autre part cherché à me rendre compte du retentissement qu'elles peuvent entraîner en se développant sur l'ensemble du revêtement épendymaire encéphalique, envisageant particulièrement les rapports des tumeurs ventriculaires avec l'épendymite chronique à forme granuleuse.

I

HISTORIQUE

L'imprécision de l'histoire clinique des tumeurs des ventricules latéraux n'ayant pas permis de leur consacrer un chapitre particulier dans la description des tumeurs cérébrales, on conçoit que les travaux se rapportant à ce type de néoplasies soient assez rares.

Leur situation si particulière dans la grande cavité hémisphérique, où elles sont assez souvent mobiles, leur volume variable, qui atteint parfois celui d'un œuf de poule, ne pouvaient pas cependant ne pas retenir l'attention des observateurs et des faits de cette nature ont été assez anciennement rapportés : *Guérard* (1833) (1), *Abercrombie*

(1) Guérard. — *Bull. Soc. Anat.*, 1833, t. VIII, p. 201.

(1835) (1) signalent des tumeurs des plexus choroïdes dans les ventricules latéraux, *Rokitansky* (1844) (2), *Foerster* (1854) (3), *Virchow* (1864) (4) en décrivent dans leurs mémoires et en notent déjà les différents types, suivant leur point d'origine (parois ventriculaires, plexus choroïdes) et suivant leur nature (kystes, lipomes, cancers, tubercules). Je néglige les observations éparses pour arriver au travail de *Hunziker* (1905) (5) qui envisage l'ensemble des tumeurs intraventriculaires de toutes les cavités encéphaliques, à propos d'une observation de gliome du ventricule latéral sur laquelle je reviendrai plus loin.

Boudet et Clunet (1910) (6) apportent une importante contribution à l'étude anatomique des tumeurs épithéliales des plexus choroïdes du ventricule latéral avec une observation personnelle et un résumé des observations antérieurement publiées. Depuis, ce ne sont que des faits isolés qui ont été publiés et, au cours de l'étude clinique, j'envisagerai ces différents cas.

II

DESCRIPTION ANATOMIQUE DU VENTRICULE LATÉRAL

Avant d'établir une classification des tumeurs du ventricule latéral et d'en étudier le développement et les symptômes, il me paraît utile de retracer en quelques mots la description anatomique de cette cavité qui représente avec celle du côté opposé les vestiges de la cavité de la vésicule des hémisphères.

Dans chaque hémisphère, le ventricule latéral s'étend depuis le genou du corps calleux qui en forme les limites antérieures, jusqu'au tiers postérieur du lobe occipital où il dépasse le plan de la scissure calcarine en arrière ; dans ce trajet, il contourne le noyau caudé, la couche optique et le

---

(1) Abercrombie. — *Maladies de l'Encéphale et de la Moëlle épinière* (Gendron Trad.). Paris-Londres, 1835.
(2) Rokitansky. — *Handbuch der speziellen Path. Anat.*, 1844.
(3) Foerster. — *Handbuch der speziellen Path. Anat.*, 1854.
(4) Virchow. — *Die Krankaften Geschwülste*, 1864-1865.
(5) Hunziker. — Beitrag zur Lehre von den Intraventriculären Gehintumoren. *Deutch. Zeitsch. f. Nerv.*, 1905, Bd. XXX, p. 77.
(6) Boudet et Clunet. — *Arch. de Méd. Expér. et d'Anal. Path.*, n° 3, 1910. Contribution à l'étude des tumeurs épithéliales primitives de l'encéphale.

pédoncule cérébral; à ce niveau il s'élargit pour former le carrefour ventriculaire, d'où se détache un prolongement qui descend et revient en avant dans le lobe temporal où il constitue la corne sphénoïdale du ventricule. Sa portion antérieure est la corne frontale, la postérieure est la corne occipitale, la partie sus-jacente à la couche optique et au noyau caudé porte le nom de *cella media*. La corne postérieure est parfois subdivisée par un étranglement qui peut être complet, la portion la plus postérieure du ventricule devenant indépendante du reste de la grande cavité latérale.

Les trois cornes du ventricule latéral occupent en hauteur des plans différents, la corne sphénoïdale est le point le plus déclive du ventricule latéral. La corne frontale qui est la plus élevée au moment où elle se détache de la *cella media*, c'est-à-dire à la hauteur du trou de Monro, se rapproche de la base du lobe frontal dans sa partie tout antérieure. Le plancher du ventricule est formé dans sa portion moyenne par le noyau caudé, le tiers externe du thalamus et le sillon opto-strié qui les sépare, en dedans enfin, par la face supérieure du trigône avec les plexus. Les deux ventricules latéraux séparés sur la ligne médiane par le trigône et le septum lucidum communiquent indirectement par les trous de Monro qui s'ouvrent dans le troisième ventricule. Les plexus qui sont des franges vasculaires faisant corps avec la toile choroïdienne cheminent dans toute la portion moyenne du ventricule latéral, ils descendent en avant vers le trou de Monro, en arrière ils plongent dans le carrefour ventriculaire se prolongeant un peu dans la corne occipitale et allant assez loin dans la corne sphénoïdale.

La situation des plexus n'est pas en réalité intra-ventriculaire, pas plus qu'ils ne passent réellement par le trou de Monro ; ils sont sous-épendymaires et font donc partie de la paroi du ventricule.

La lumière du ventricule latéral est dans sa partie moyenne presque virtuelle, une mince lame de liquide en sépare les parois; la contenance du ventricule est faible, 6 à 8 centimètres cubes par ventricule, elle peut augmenter sous la poussée du liquide céphalo-rachidien quand sa tension augmente.

Les parois du ventricule latéral sont constituées comme celles de toutes les cavités encéphaliques par l'*épendyme*, couche cellulaire épithéliale à assise unique et par la *couche*

névroglique sous-épendymaire, plus ou moins épaisse, suivant les régions considérées, particulièrement développée au niveau du noyau caudé et du sillon opto-strié et qui contient de nombreux vaisseaux. L'aspect du revêtement épendymaire est normalement lisse et brillant, soulevé par endroits par des faisceaux de fibres nerveuses, en particulier au niveau du plafond ventriculaire et par les formations grises sur lesquels il se moule.

Le liquide céphalo-rachidien, contenu dans la cavité du ventricule cérébral, présente les mêmes caractères physiques que celui de la grande cavité sous-arachnoïdienne, il en diffère cependant par sa tension et sa composition chimique. Examiné après avoir été recueilli par trépanoponction, il aurait en position assise ou dans le décubitus dorsal une pression nulle (*Cestan, Riser et Laborde* (1), 1923). Sa teneur en albumine est très inférieure à celle du liquide spinal: 0 gr., 10 centigrammes au lieu de 0 gr., 30; le taux du sucre est par contre un peu plus élevé : 0 gr. 60 au lieu de 0 gr., 45. L'urée et le chlorure de sodium sont en proportions égales. Ce liquide est considéré actuellement, non comme un produit de sécrétion, mais comme un dialysat, production qui ne s'effectuerait pas seulement dans les ventricules au niveau des plexus choroïdes, mais sur la surface entière de la pie-mère où les capillaires abondent (*Mestrezat* (2), 1927). Qu'un obstacle à l'écoulement de ce liquide dans les espaces sous-arachnoïdiens cérébraux se produise (oblitération des trous de Magendie ou de Luschka, réplétion du ventricule moyen, fermeture du trou de Monro, obstruction partielle du ventricule latéral), il se produira, de ce fait, une dilatation de l'ensemble des ventricules, d'un seul ventricule latéral ou d'une portion de ce ventrivule suivant les cas. Des troubles de la circulation veineuse cérébrale, des phénomènes irritatifs intraventriculaires peuvent également déterminer l'hydrocéphalie généralisée ou localisée.

---

(1) Cestan, Riser et Laborde. — Recherches sur la physiologie pathologique des ventricules cérébraux de l'homme. *Revue Neurol.*, 1923, t. I, p. 353.
(2) Mestrezat. — L'origine du liquide céphalo-rachidien. Perméabilité méningée capillaire et composition de cette humeur. *Revue Neurol.*, 1927, t. I, p. 330.

III

CLASSIFICATION DES TUMEURS DES VENTRICULES LATÉRAUX

Cette dénomination de tumeurs des ventricules latéraux paraît normalement ne devoir être réservée qu'aux néoformations dont le point de départ et l'évolution restent strictement intraventriculaires, c'est-à-dire aux tumeurs primitives du ventricule latéral.

Je serai cependant obligé d'envisager, à propos de ces tumeurs, l'étude des néoplasmes ayant pris naissance en dehors du ventricule, mais devenus, par leur évolution vers la lumière du ventricule, comparables aux tumeurs y ayant pris naissance. Ceci est d'autant plus juste que certaines tumeurs primitives des ventricules latéraux peuvent en dépasser les limites et, franchissant leurs parois, envahir secondairement les formations cérébrales avoisinantes. Ceci nous laisse entrevoir déjà la complexité de la question.

En restant à ma définition de ces tumeurs : point de départ et évolution strictement ventriculo-latérales; il me faudrait donc éliminer certaines tumeurs primitives du ventricule du fait qu'elles en sortent au cours de leur évolution. Je devrais de même éliminer les tumeurs des plexus choroïdes, puisque ces formations doivent être considérées comme extra-ventriculaires au sens histologique du mot.

Il faut donc donner à cette définition une certaine élasticité et l'envisager au point de vue clinique. Cherchant à mettre en lumière les signes propres aux tumeurs des ventricules latéraux, je désignerai sous ce nom les néoplasmes dont le développement se fait dans la lumière ventriculaire.

Les termes de tumeurs primitives et secondaires du ventricule latéral ne peuvent être adoptés car ils pourraient prêter à confusion. Certaines tumeurs localisées uniquement dans les ventricules latéraux peuvent en effet être des tumeurs secondaires, des métastases d'une tumeur primitive d'un autre point de l'organisme.

Pour ces raisons, je décrirai sous le nom de tumeurs intra-ventriculo-latérales, les tumeurs des parois propres du ventricule, c'est-à-dire, du revêtement épendymaire (tumeurs épithéliales) et de sa doublure névroglique (gliomes, productions

formées aux dépens du tissu conjonctif des vaisseaux qu'elle contient : sarcomes, psammomes, etc...).

Bien que les kystes hydatiques ne soient pas des tumeurs au sens anatomique du mot, je les envisagerai cependant dans cette étude car leur volume et leur situation peuvent leur faire jouer le rôle d'une véritable tumeur, c'est donc pour une raison clinique que je les étudierai rapidement à cette place.

Je consacrerai un dernier chapitre à l'étude de certaines formes d'irritation chronique de l'épendyme dans leurs rapports avec les tumeurs cérébrales en général et les tumeurs du ventricule cérébral en particulier.

IV

ÉTUDE CLINIQUE

La grande étendue de la cavité ventriculaire latérale qui permet des localisations variables de ces tumeurs, la multiplicité et la diversité fonctionnelle des formations nerveuses qui la limitent, laissent aisément comprendre, combien divers peuvent être les troubles entraînés par le développement des tumeurs du V. L. Certains de ces troubles traduisant le retentissement sur les noyaux gris ou les faisceaux cérébraux avoisinants, apparaissent de suite comme ne devant pas être considérés comme des signes propres à ces tumeurs.

Un des buts que je me suis proposés dans mes recherches a été, en rapprochant mes observations personnelles de celles publiées antérieurement, d'isoler les symptômes les plus constamment relevés dans l'histoire clinique de cette variété de tumeurs et de les grouper en un syndrome défini.

Les résultats sont loin d'être probants, mais comment s'en étonner quand on réfléchit que les symptômes de voisinage peuvent être communs à toutes les tumeurs paraventriculaires qui sont nombreuses et que la symptomatologie purement ventriculaire si on peut arriver nettement à l'isoler, sera forcément le résultat de l'envahissement secondaire du ventricule, par une tumeur évoluant à proximité.

L'examen des faits montre que le problème est en réalité très complexe.

Une première difficulté réside en ce que certaines tumeurs du ventricule latéral sont latentes, peuvent évoluer sans atti-

rer l'attention et il n'est pas exceptionnel dans la littérature de trouver des observations, surtout de kystes hydatiques (Sato) (1), où il s'est agi d'une véritable trouvaille d'autopsie, aucun symptôme n'ayant révélé la présence de cette tumeur durant la vie. Des lipomes, des formations calcaires, parfois de véritables tumeurs (Claude et Loyez) (2) ont été découvertes au cours d'examens systématiques du névraxe pratiqués dans les grands centres hospitaliers ou les asiles et n'ont pas eu d'histoire clinique.

Il est possible que, dans ces cas, certains symptômes auraient pu être relevés et mis sur le compte de ces néoformations intraventriculaires puisqu'il s'agissait de malades hospitalisés ; mais ce que l'on peut dire, c'est que chez ces malades il n'avait pas existé de signes d'hypertension cérébrale susceptibles de faire soupçonner la présence d'une tumeur cérébrale.

Les symptômes qui peuvent déceler la présence, dans le ventricule latéral, d'une tumeur, sont difficiles à isoler comme le prouvent les observations qu'il m'a été donné de recueillir moi-même ou celles que j'ai retrouvées dans la littérature.

1° FAITS CLINIQUES

A. Observations personnelles

Observation I (3)

Ori..., âgé de 59 ans, entre à la Salpêtrière le 26 mars 1914 pour des ***céphalées tenaces*** et un ***affaiblissement progressif.***

Le début de ces troubles semble remonter à six mois ; ils ont permis le travail du malade jusqu'aux jours qui précédèrent son entrée à l'hôpital.

L'état de santé antérieur a toujours été excellent ; on ne relève dans les antécédents qu'une fièvre typhoïde à l'âge de 15 ans. Marié à 33 ans, cet homme a cinq enfants bien portants ; sa femme n'a pas fait de fausse couche.

Les céphalées qui ont marqué le début de sa maladie sont presque permanentes, avec, toutefois, des exacerbations paroxystiques, non localisées d'une façon précise ; elles ne s'accompagnent ni de

---

(1) T. Sato. — Über cysticerken im Gehirn des Menschen. *Deutch. Zeitch. f. Nerv. Heilk.*, Bd. 27, p. 24, 1904.
(2) Claude et Loyez. — Tumeur du ventricule latéral. *Revue Neurol.*, 26 juin 1913.
(3) J. Jumentié. — Gliomes sous-épendymaires circonscrits des ventricules latéraux ; épendymite chronique. *Revue Neurol.*, 1er juillet 1923.

nausées, ni de vomissements. Leur intensité durant la nuit détermine de l'insomnie.

D'une façon précoce, on a noté des *modifications de caractère* chez ce malade : dépression, irritabilité, bizarreries d'humeur ; *son attention est troublée, sa compréhension est lente* (sa femme est obligée de lui répéter les choses plusieurs fois).

La mémoire de ce fait est mauvaise, il commet des erreurs, des oublis, et pour cette raison a été congédié de son travail. Tous ces troubles augmentent progressivement d'intensité.

Pas de crises épileptiformes.

Le malade accuse une grande faiblesse des membres inférieurs ; au bout de quelques pas, la fatigue se produit. Pas de véritables troubles parétiques ; pas de modifications des réflexes.

Les céphalées augmentent d'intensité huit jours après son entrée à l'hôpital sans s'accompagner toutefois de vertiges ni de vomissements.

Un examen du fond de l'œil (Dr Chenet), rendu difficile par l'aggravation de l'état du malade qui le confine au lit, ne permet que l'examen de l'œil gauche ; on ne constate *pas de stase papillaire.*

Une ponction lombaire révèle une hypertension nette du liquide céphalo-rachidien qui présente une hyperalbuminose légère mais pas de lymphocytose.

L'obtusion intellectuelle augmente sans qu'aucun trouble moteur soit relevé. La mort survient assez brusquement le 15 avril, trois semaines à peine après l'entrée à l'hôpital.

Dans cette première observation, la durée de l'évolution des troubles provoqués, semble-t-il, par la présence dans les ventricules latéraux de *tumeurs multiples* d'*aspect verruqueux ou muriforme* (*fig. 1, 2 et 3*, p. 29), semble n'avoir pas atteint sept mois.

Toute la symptomatologie chez un homme de 59 ans, jusque-là bien portant, a consisté en *céphalées* tenaces ne s'étant accompagnées d'aucun signe d'hypertension intracranienne, en *affaiblissement* progressif et en *troubles mentaux* à type dépressif aboutissant à une obtusion intellectuelle considérable.

Observation II (1)

Roo... Madeleine, âgée de 8 ans, entre à la Fondation Vallée le 13 novembre 1921 (service du Dr Roubinovitch), placée d'office pour *idiotie* et *épilepsie* avec *gâtisme.*

(1) J. Jumentié et A. Barbeau. — Tumeurs multiples des ventricules latéraux, variation structurale de ces néoformations, épendymite chronique associée. *Revue Neurol.*, 6 juin 1926.

Elle est née à terme, mais sa mère avait fait une chute grave à 8 mois. A cinq mois, se produisirent les premières *convulsions,* elles étaient fréquentes (jusqu'à 10 à 15 par jour) ; à un an et demi, quand le père vint la voir en nourrice, il ne constata chez elle aucun *signe d'intelligence.* Elle n'a marché qu'à 4 ans 1/2, mais très incorrectement, on devait lui donner la main.

Etat actuel. — Jamais elle n'a parlé ; elle ne comprend rien et ne reconnaît personne, ni parents, ni camarades, ni même les aliments.

Son caractère est sombre, elle pleure pour un rien et a de violentes colères.

Le crâne de l'enfant est gros avec des bosses saillantes, le visage peu agréable est sans expression, le regard est hébété et vague, rien n'attire son attention. Le nez est élargi à sa base et présente une ébauche d'escalier, on note de l'ozène. Sur le front un nævus ; plusieurs taches næviques sur la peau.

Les mains sont déformées (le pouce ne s'oppose pas), l'enfant ne peut prendre ni garder les objets dans la main.

Assise elle se tient un peu inclinée en avant, debout elle est assez droite et se balance d'avant en arrière ; elle a une très grande débilité motrice surtout marquée à gauche.

Les pupilles sont légèrement inégales, léger myosis gauche, mais les réflexes iriens à la lumière existent.

Les réflexes tendineux plutôt un peu faibles.

Le signe de Babinski est bilatéral.

Le gâtisme est complet.

Aux crises présentées par cette malade sont associés des *vertiges.* Ces deux manifestations sont très fréquentes. Au début des vertiges, le regard de l'enfant devient fixe, puis elle pâlit, incline la tête progressivement à gauche, la bouche est déviée à droite, la langue sort et se tourne vers la droite. Quand le vertige finit, l'enfant rougit, sourit, et frotte ses mains l'une contre l'autre.

Les convulsions ne prédominent pas plus d'un côté que de l'autre.

Durant le séjour de l'enfant à la Fondation Vallée, l'état reste le même ; les crises se reproduisent à raison de 25 à 30 par mois.

Vers la mi-janvier 1924, l'état s'aggrave rapidement, l'enfant entre dans un véritable *état de mal,* la température s'élève atteignant 39° le premier jour avec 123 accès dans la nuit et 111 dans la journée ; le lendemain, elle redescend à 38°4 avec 51 accès dans la nuit, et 75 le jour, elle remonte à nouveau le 3e jour atteignant 40° et 40°2 ; 147 accès la nuit, 215 le jour. Nouvelle descente à 38°4, puis 37°8 avec seulement deux accès la nuit et un le jour ; mais dans la nuit du 5e jour, du 16 au 17 janvier, brusquement l'état empire et l'enfant meurt. La température prise après la mort marque 40°8.

Une ponction lombaire pratiquée durant la période de mal n'avait montré aucune hypertension intracranienne ; seulement de la lymphocytose. La réaction de Wassermann était négative.

La syphilis dans ce cas était douteuse ; la mère avait fait avant la naissance de cette enfant une fausse couche de 3 mois de cause indéterminée ; 2 enfants bien portants sont nés avant notre malade; un garçon bien constitué est venu depuis. Le père est un buveur d'absinthe ; la mère est morte tuberculeuse, il existe une hérédité vésanique des deux côtés : un grand-oncle paternel et une cousine maternelle étaient idiots.

Cette observation est tout à fait différente de la précédente et cependant l'examen révélait des lésions assez comparables par leur disposition et leur répartition : *tumeurs multiples des deux ventricules latéraux* localisées surtout au niveau du plancher et presque uniquement dans la couche névroglique sous-épendymaire qui recouvre le noyau caudé au voisinage du sillon opto-strié (*fig. 4 et 5*, p. 30 et 31). Une tumeur plus volumineuse adhérait au septum lucidum dans le ventricule droit. Les ventricules n'étaient pas dilatés dans ce cas.

En résumé, il s'agissait d'une fillette de 8 ans dans un *état d'idiotie* extrême remontant à la naissance : *des crises d'épilepsie,* du gâtisme avaient nécessité son placement dans un asile ; c'est une accentuation des crises convulsives, véritable *état de mal* comitial, qui emporta l'enfant. Comme dans le cas précédent on ne constata pas de stase papillaire.

Observation III (1)

Je ne rapporterai ici qu'une partie de cette observation publiée avec MM. Olivier et Leclaire, de Blois, au congrès de Bruxelles, à propos de l'action temporairement favorable du traitement radiothérapique appliqué par le Dr Herdener, de Blois.

M. Poulp., âgé de 35 ans, entrait à la Maison de Santé départementale de Blois le 23 août 1921 pour des *troubles psychiques* caractérisés par une irritabilité grandissante, un affaiblissement marqué des facultés intellectuelles avec troubles de la mémoire, aboulie, apathie, indifférence morbide, inconscience de son état, gâtisme urinaire (certificat d'entrée du Dr Boidart, médecin-adjoint de l'Etablissement).

On ne notait, à ce moment, aucun trouble de la parole, ni de la vue ; simplement une *démarche hésitante* avec *chutes* fréquentes.

(1) J. Jumentié, M. Olivier et Leclaire. — Gliome cérébral intraventriculaire traité par la radiothérapie pénétrante. *Congrès des Méd. Alién. et Neurol. de langue Franç.*, Bruxelles, 1924.

L'interrogatoire nous apprenait que, bien portant jusqu'à 16 ans, P. avait eu à cette époque une pleurésie à la suite de laquelle il était resté délicat et avait été versé dans les services auxiliaires. Après la démobilisation, il aurait mené une existence irrégulière, faisant usage de morphine et de cocaïne et abusant d'alcool.

Il était à relever dans ses ascendants qu'un oncle maternel avait été interné pour crises alcooliques et qu'un cousin, troublé au point de vue psychique, était épileptique.

Le début des accidents qui déterminèrent l'admission de P. à Blois remonte aux premières semaines de 1921, il fut marqué par des ***céphalées*** accompagnées de ***vomissements***, des ***vertiges*** entraînant la chute à maintes reprises.

L'entourage avait remarqué, depuis quelque temps, que ce garçon qui avait toujours été de tempérament nerveux, défiant, susceptible, timide et faible, mais facilement irritable, avait des allures bizarres, il disparaissait pendant plusieurs jours de son domicile et à son retour se montrait pâle, hagard et étrange. Son irritabilité était devenue extrême, il se croyait persécuté. Il passait des après-midi entiers affaissé dans un fauteuil en état de demi-somnolence. Sa démarche était hésitante, facilement il perdait l'équilibre ; par instant, il était pris de tremblements.

En mai de la même année, s'installaient des *troubles sphinctériens* (insuffisance vésicale et rectale).

Un examen de sang pratiqué à l'entrée avait montré une réaction de Wassermann négative.

Le 10 septembre 1921, le médecin assistait à un accident nouveau. Le malade présentait une *crise d'épilepsie;* assis, il s'affaissait, perdant partiellement connaissance, les yeux ouverts quelque peu révulsés, les mâchoires contractées. Les membres gauches seuls étaient animés de mouvements convulsifs, puis le siège de tremblements prolongés, les membres droits étaient indemnes. Le malade ne pouvait causer durant la crise. Le retour à la conscience était progressif.

A partir de ce moment, ces crises convulsives se renouvelaient avec une fréquence croissante. On en constatait 15 dans le mois, 33 en octobre, 62 en novembre, 111 en décembre.

Au début de janvier 1922, on notait : une démarche lente, difficile, à petits pas, les bras écartés, le corps légèrement incliné à gauche. Aucune paralysie cependant, pas de mouvements combinés de la cuisse et du tronc.

Des réflexes tendineux normaux (les rotuliens un peu forts). Des réflexes cutanés abdominaux et crémastériens indemnes. Pas de signe de Babinski. Pas de signe de Romberg.

Une exaltation de la sensibilité tactile et thermique.

Pas de troubles apparents de l'acuité visuelle.

La réaction de Wassermann faite à nouveau se montrait négative.

L'indocilité du malade ne permettait pas de pratiquer une ponction lombaire.

L'état du malade s'aggravait encore dans les mois suivants. Le nombre des crises augmentait, 102 en janvier, 118 en février, 128 en mars, 158 en avril.

A ce moment (avril 1922), apparaissaient des *troubles de la vue* qui baissait rapidement. Un examen du fond de l'œil fait peu après révélait de la *stase* et de l'atrophie *papillaires.*

Le 2 mai, on parvenait à faire une ponction lombaire ; on trouvait : un liquide fortement hypertendu (écoulement en jet soutenu); une hyperalbuminose légère : 0,40 centigrammes ; pas d'hyperleucocytose ; des traces de sucre ; une réaction de Wassermann négative.

Le nombre des crises convulsives s'était élevé encore à 173 dans ce mois.

Le 4 juin 1922, nous voyons ensemble le malade et constatons : une baisse considérable de la vision (la perception de la lumière du jour paraissant seule un peu conservée) ; de l'obnubilation ; des crises épileptiformes fréquentes (3 à 4 dans les 24 heures), nocturnes et diurnes, siégeant surtout à gauche et accompagnées souvent de perte de connaissance, d'émission d'urine et parfois de morsure de la langue.

Il existe de l'enraidissement, une *hypertonie musculaire généralisée* avec *maximum net à gauche,* de la *trépidation épileptoïde parfaite du pied gauche,* des réflexes tendineux vifs, sans signe de Babinski.

Quand le malade est assis, ou debout, au repos et dans la marche, son tronc s'incline et s'incurve sur *la gauche.*

On note une hyperesthésie généralisée extrême sans aucun trouble de la sensibilité profonde : pas de signe de Romberg. La sensibilité de la face, l'audition et l'olfaction sont normales.

Ni aphasie, ni dysarthrie, pas d'apraxie. La déglutition est normale.

La musculature oculaire est intacte ; pas de nystagmus. Les pupilles sont largement dilatées et réagissent très faiblement.

Pas d'atrophie musculaire ni de troubles vaso-moteurs. Les troubles sphinctériens intermittents au début sont devenus permanents.

Le malade n'accuse ni vertiges, ni céphalées. Il présente un amoindrissement psychique considérable, il est affaissé, sans initiative ; il a de la dysmnésie d'évocation, quelques idées délirantes et de suicide qu'il justifie par la persistance de son état.

Un nouvel examen du fond de l'œil est pratiqué ; il montre une perte totale de la vision par neuro-rétinite bilatérale très marquée avec bords papillaires confus, veines un peu dilatées, pas de saillie de stase pure.

Devant ces renseignements fournis par l'examen ophtalmoscopi-

que et en l'absence du moindre signe de localisation, l'hypothèse d'une intervention chirurgicale est repoussée. Nous décidons de faire faire de la radiothérapie profonde, l'épreuve du traitement antisyphilitique étant restée inefficace.

Le traitement est appliqué par le Dr Herdener, de Blois. Il est suivi d'une amélioration rapide et considérable des crises convulsives qui disparaissent pendant quinze mois ; mais l'état psychique continue à baisser et le malade tombe dans la torpeur avec accès d'irritabilité.

En août 1923, l'état général s'altère, par suite de poussées diarrhéiques. P. alité s'immobilise *en contracture :* les bras et le membre inférieur droit en flexion, le gauche en extension et tombe dans la prostration et le coma, l'exitus survenant le 26 avril 1924.

En résumé : un homme de 35 ans, de caractère assez bizarre (mélange de timidité et d'irritabilité avec période de vie irrégulière et abus de toxiques) était pris de *céphalées, vomissements, vertiges,* marquant le début d'un syndrome d'hypertension intracranienne qui aboutissait à de la stase papillaire et à la cécité. En même temps, augmentaient considérablement ses *troubles psychiques* qui nécessitaient son internement; des *crises convulsives* apparaissaient avec troubles sphinctériens. Ces crises dominaient toute la scène, atteignant le chiffre de 158 en un mois ; arrêtées 15 mois par la radiothérapie mi-profonde, elles réapparaissaient et aboutissaient à la torpeur, au coma et à la mort.

Ici avait existé un syndrome d'hypertension cérébrale ; l'examen anatomique nous révéla une volumineuse tumeur du ventricule latéral gauche ayant refoulé le septum lucidum au point de faire disparaître une partie du ventricule latéral opposé et distendant de la même façon le 3e ventricule dont elle occupait l'emplacement (fig. 7, p. 33).

Ce troisième type de tumeur du ventricule latéral, d'un aspect histologique du reste différent s'oppose donc aux deux précédents, par l'intensité du syndrome d'hypertension qui faisait défaut dans les autres et par les dimensions importantes du néoplasme. D'après mes observations, on voit que deux types cliniques de tumeurs des ventricules latéraux sont à envisager :

1° Tumeurs sans syndrome d'hypertension intracranienne.

2° Tumeurs accompagnées d'un syndrome d'hypertension.

Voici maintenant résumées quelques observations recueillies dans la littérature et qui rentrent dans l'un ou l'autre de ces deux groupes.

B. Observations diverses

a) Tumeurs des ventricules latéraux sans syndrome d'hypertension intracranienne

(*Type observations I et II*)

Abercrombie (1) rapporte l'observation d'un homme mort subitement ayant présenté à de longs intervalles des attaques répétées *d'épilepsie*. A l'autopsie, dans chaque ventricule latéral, on trouva une petite tumeur adhérente aux plexus, du volume d'une noix.

Th. Simon (2) décrit, chez un garçon de 14 ans, *idiot*, une tumeur de la grosseur d'une noix, dans le ventricule gauche, à l'entrée de la corne postérieure ; tumeur glieuse formée aux dépens de la paroi ventriculaire.

Je termine la série de ces cas de tumeurs strictement ventriculaires en rappelant celle de *Rizzo* (3).

Il s'agit d'un malade ayant présenté pendant plusieurs années des *accès de dépression psychique* d'une durée variant de 3 à 6 mois ; après une période d'amélioration, il retombait dans un état de subconfusion et mourait de broncho-pneumonie. A l'autopsie, on constatait à la surface du ventricule latéral gauche cinq petites tumeurs sans dilatatation nette des ventricules. L'auteur ne voit du reste aucun rapport entre les troubles mentaux périodiques présentés par ce malade et ces petites tumeurs qui n'avaient entraîné aucun signe d'hypertension intracranienne.

b) Tumeurs des ventricules latéraux avec syndrome d'hypertension intracranienne

(*Type observation III*)

Cas Hunziker (4). — Une jeune femme de 27 ans ayant, à l'âge de 11 ans, fait une chute d'une échelle sur la région pariétale, accompagnée de perte de connaissance durant 10 minutes, était prise après l'influenza de *céphalées* violentes avec exacerbations, puis des *vomissements* apparaissaient et de *l'amaigrissement*.

Au bout de cinq mois, on notait de la *dépression psychique* (changement de caractère, incompréhension passagère, distractions, indifférence, tendance au mutisme). Tous les 3 ou 4 jours se produisaient des *crises de faiblesse* d'un quart d'heure de durée.

---

(1) Abercrombie. — *Loc. cit.*
(2) Th. Simon. — 1874. *Archiv. f. Pathol. Anat. u. Physiol.* Bd. 61.
(3) Rizzo. — Gliomi astrocitari sotto ependimali der ventricoli laterali. *Riv. di Path. nerv. ement.*, vol. XXXI, p. 3.
(4) Hunziker. — *Loc. cit.*

Trois semaines plus tard, on notait une parésie et hypoesthésie du facial inférieur et des membres droits. La malade était vertigineuse avec tendances à tomber à droite.

L'examen des yeux révélait alors de la *stase papillaire.* La percussion du crâne au sommet gauche était douloureuse. Parésie de la main droite avec ataxie du mouvement. Perte des urines.

Les céphalées augmentaient, présentant un maximum au sommet gauche, exagérées par la percussion, au niveau de la cicatrice pariétale. L'apathie de la malade était grande, des émissions involontaires d'urine fréquentes.

Les lésions du fond de l'œil s'accentuaient ainsi que la parésie des membres droits, mais il n'y avait pas d'exagération nette des réflexes tendineux ni de clonus du pied, quelques évanouissements survenaient alors ; l'apathie et le gâtisme augmentaient, la malade prenait une attitude contracturée avec tête renversée en arrière et bras repliés convulsivement. Elle entrait dans le coma et après une période de tremblement généralisé, l'exitus se produisait.

On trouvait à l'autopsie une *volumineuse tumeur qui remplissait tout le ventricule latéral gauche* dans sa partie antérieure et moyenne et occupait également l'emplacement du ventricule latéral droit, ayant refoulé contre sa paroi externe le septum lucidum. Enfin le ventricule moyen avait disparu sous sa poussée de la même façon et elle en occupait la surface. Nulle part la tumeur n'envahissait la substance cérébrale, elle adhérait au plafond et à la paroi externe du ventricule latéral gauche.

Cas Perceval-Bailey (1). — Un homme de 24 ans entre à l'hôpital en octobre 1920 pour *céphalées, vomissements, diminution de la vision,* surdité de l'oreille droite. Bien portant antérieurement, il n'avait noté qu'une baisse de l'ouïe à droite pendant la guerre, en septembre 1918 ; les céphalées avaient commencé fin 1919 ; en juin étaient apparus les vomissements ; au mois d'août la vision baissait ; en novembre 1919, on avait noté de l'incertitude de la marche par troubles d'équilibre.

A l'examen des yeux, *stase papillaire double* et forte, nystagmus bilatéral dans le regard externe, légère incoordination des extrémités du type cérébelleux. L'exitus survient à la fin de l'opération décompressive pratiquée par Cushing ; cette intervention avait dû être interrompue par suite de la baisse de la tension.

L'examen anatomique montre une volumineuse tumeur remplissant le *ventricule latéral gauche* dans sa plus grande partie, adhérant au plafond et à la face correspondante du septum lucidum, par l'intermédiaire de ce dernier qu'elle a considérablement refoulé dans le ventricule latéral gauche, celui-ci a presque complètement

---

(1) Perceval-Bailey. — Quelques nouvelles observations de tumeurs épendymaires. *Ann. d'Anat. Path. Méd. Chir.*, 1925, n° 6 (observ. VII).

disparu, et elle en tient la place ; elle est augmentée de volume par une hémorragie récente, opératoire, occasionnée par une ponction ventriculaire.

On voit combien ces deux observations sont comparables à mon observation III si l'on ne considère que les dimensions et le siège de la tumeur intraventriculaire ainsi que le gros syndrome d'hypertension qu'elle avait entraîné.

De l'exposé de ces faits, on peut, semble-t-il, conclure que les tumeurs du type I, c'est-à-dire les néoformations souvent multiples et bilatérales, arrondies et ovoïdes, mais de petit volume et de croissance lente et n'aboutissant pas à l'oblitération ventriculaire, ne déterminent pas habituellement de syndrome d'hypertension intracranienne.

Dans mon observation I, des *céphalées* tenaces ont bien marqué le début et l'évolution du syndrome clinique, mais elles ne s'accompagnaient pas de vomissements et on ne constatait pas de stase papillaire. L'examen anatomique montrait du reste, dans ce cas, malgré la présence de tumeurs intraventriculaires multiples, des cavités ventriculaires de dimensions sensiblement normales, et il n'existait pas d'obstacle à l'écoulement du liquide.

On conçoit, du reste, que ce ne puisse être là une règle absolue, car il suffirait d'une petite tumeur voisine du trou de Monro et l'oblitérant pour s'opposer à l'écoulement normal du liquide céphalo-rachidien et changer de ce fait la symptomatologie.

Le syndrome d'hypertension intracranienne est, par contre, la règle dans les tumeurs du type II, et il en est de même un symptôme précoce et reste dominant durant toute l'évolution de la tumeur.

2° VALEUR SÉMIOLOGIQUE DES SYMPTOMES OBSERVÉS

Si nous passons en revue les symptômes notés au cours des tumeurs intraventriculaires du type I, c'est-à-dire celles qui ne s'accompagnent pas d'hypertension intracranienne et qui par conséquent doivent nous fournir, s'il en existe, les signes appartenant en propre à l'irritation des parois ventriculaires que trouverons-nous ?

L'épilepsie et les *troubles mentaux* sont les symptômes les plus fréquemment relevés, mais on connaît aussi leur fréquence au cours de beaucoup d'autres tumeurs cérébrales, de

sièges très différents ; leur constatation dans les cas que je viens de rapporter ne peut donc équivaloir à un rapport de causalité.

A) *L'épilepsie*, au cours des tumeurs des ventricules latéraux, est peut-être le symptômes qui me paraît le plus important et il y a lieu d'en noter avec soin les caractères. Il s'agit, naturellement, de *l'épilepsie généralisée* (mal comitial), précédée ou accompagnée dans quelques observations, d'absences, de défaillances, de périodes amnésiques, etc...

Les crises convulsives généralisées ont parfois un maximum unilatéral comme dans mon observation III, où, de ce même côté survint par la suite un état d'hypertonie, puis de contracture.

Elles sont généralement fréquentes, leur fréquence est souvent progressive comme dans mon observation III où l'on comptait 102 crises en janvier, 118 en février, 128 en mars, 158 en avril.

Elles aboutissent parfois à un véritable *état de mal* : dans l'observation II, elles atteignent 147 accès la nuit, 215 le jour. Au cours de cet état peut survenir la mort.

La présence de l'épilepsie, généralisée au cours des tumeurs des ventricules latéraux, n'est pas un symptôme inattendu. Les convulsions généralisées sont considérées depuis longtemps comme un signe d'irritation ventriculaire, qu'il s'agisse d'hémorragie cérébrale inondant les ventricules ou d'hydrocéphalie aiguë par épendymite infectieuse.

D'autre part, il est une variété de tumeurs cérébrales qui fréquemment s'accompagnent d'épilepsie, ce sont les tumeurs du Corps Calleux. La lecture des nombreuses observations rapportées par Lévy-Valensi dans sa thèse de doctorat (1), consacrée à leur étude, permet de s'en rendre compte ; or le Corps Calleux constitue une grande partie de la paroi des ventricules latéraux, et les tumeurs qui l'envahissent, de ce fait, se trouvent presque fatalement en contact avec la cavité ventriculaire, sans compter que les propagations de ces néoplasmes, comme nous l'indiquent tous les documents de cet important travail, se font souvent à la cloison interhémisphérique, au trigone, c'est-à-dire à d'autres portions de la paroi et fréquemment au ventricule latéral, dont les cornes frontales

---

(1) Lévy-Valensi. — Le corps calleux. *Thèse*, Paris, 1910.

et occipitales sont souvent signalées comme envahies par la tumeur.

L'épilepsie généralisée, à ses divers degrés, est donc un symptôme fréquemment observé dans les tumeurs intraventriculaires, mais elle n'est pas un symptôme constant et les cas où elle n'est pas notée dans les observations, sont loin d'être des exceptions. On voit donc combien la valeur localisatrice de ce symptôme se trouve réduite de ce fait ; elle l'est encore davantage par l'impossibilité dans laquelle on se trouve d'établir avec certitude un rapport de causalité, entre le symptôme convulsif observé et les tumeurs trouvées à l'autopsie.

C'est ainsi que la malade dont j'ai personnellement rapporté l'histoire avec M. Barbeau, qui présentait des crises épileptiques, les avait depuis l'âge de 5 mois et avait été profondément atteinte dès la naissance dans son développement psychique ; il s'agissait, en effet, d'une *idiote*. Une observation de Th. Simon est comparable.

Dans ces deux cas, les tumeurs épendymaires constatées n'expliquent certainement pas à elles seules l'important déficit cérébral relevé et sans doute faut-il faire jouer un rôle à des lésions surajoutées qui ont échappé à nos investigations.

Nous verrons toutefois, en abordant l'étude anatomo-pathologique de ces tumeurs dans leurs rapports avec les épendymites chroniques proliférantes, qu'il y a peut-être quelques réserves à faire sur ce point. Les proliférations épendymaires et sous-épendymaires qui aboutissent à la formation de véritables tumeurs, étant considérées par certains auteurs (Margulis) (1) comme remontant à la vie intra-utérine, on conçoit donc que ce processus inflammatoire ait pu déterminer des réactions convulsives dès les premières semaines. Les accidents graves terminaux peuvent n'avoir été entraînés que par la formation des tumeurs épendymaires.

Bien que Merle (2), dans sa thèse sur les épendymites chroniques, ne paraisse pas attacher d'importance aux convulsions, nous trouvons dans l'observation II, qui lui est personnelle, une histoire clinique qui se résume avant tout en des phénomènes convulsifs extrêmement violents et répétés avec maximum à droite, et l'autopsie révélait une épendymite subaiguë avec distension considérable du ventricule latéral gauche, des

---

(1) Margulis. — Pathologische Anatomie und Pathogenese der Ependymitis granularis. *Arch. f. Psych.*, Bd. 52, Heft. 3, p. 780.

(2) Merle. — Etude sur les Ependymites cérébrales. *Thèse*, Paris, 1910.

lésions profondes de l'épendyme étaient relevées mais manifestement plus accentuées dans le ventricule latéral gauche.

Toujours dans le but de préciser la valeur de ce symptôme dans les lésions ventriculaires, j'ai recherché si l'épilepsie avait été notée dans les observations de corps étrangers de la grande cavité hémisphérique. Les cas cliniques de projectiles dans les ventricules latéraux sont rares. Dans le très beau cas de M. Regard (1), il n'en est pas question. Je ne puis faire état des corps étrangers parasitaires tels que les cysticerques intraventriculaires dont les observations ne sont pas exceptionnelles, et sur lesquelles je reviendrai tout à l'heure à l'étude anatomique. Les kystes sont, en effet, généralement multiples et s'accompagnent de vésicules à la base du cerveau, dans les sillons de l'écorce ou plus profondément dans les masses blanches des hémisphères. On ne peut donc tirer de ces cas un argument sur la valeur de ce symptôme quand il est signalé, étant donné la multiplicité des localisations de ces corps étrangers.

B) *Les troubles mentaux* sont également une manifestation pathologique constatée avec une extrême fréquence dans nos observations.

Là encore, il me faut faire une importante réserve qui n'ôte toutefois pas toute sa valeur au symptôme: ces troubles mentaux peuvent préexister aux manifestations de la tumeur ventriculaire. Deux de mes malades avaient déjà des troubles psychiques de longue date, extrêmement importants dans un cas — arriération, idiotie — dans l'autre plus légers et intermittents — bizarrerie de caractère, impulsions, crises de dépression à répétition, etc...

Toutefois dans mon observation I les troubles psychiques sont *survenus en même temps qu'apparaissaient les céphalées* et ont progressé avec elles.

Dans le cas II, un état d'idiotie profond noté dans les premières manifestations de l'enfance n'a pu permettre de noter de modifications dans l'état psychique.

Chez le troisième malade des manifestations psychiques anormales avaient été notées dans l'enfance, mais *s'accentuèrent* considérablement et se modifièrent à *la période d'appari-*

(1) Regard. — Corps étrangers des ventricules cérébraux. *Presse Méd.*, 1er novembre 1919, et Extraction d'une balle située dans le ventricule cérébral latéral. *Revue neurol.*, novembre 1919.

tion des céphalées — comme dans notre premier cas — et nécessitèrent l'internement.

Le malade de Th. Simon était un jeune idiot ; celui de Rizzo un déprimé à crises successives.

Dans le cas de Hunziger, cinq mois après le début des céphalées, survenait un état de *dépression psychique* qui ne faisait qu'augmenter à mesure que se développait la tumeur.

Pour l'étude de ces troubles mentaux je laisserai de côté les cas d'idiotie préexistant aux manifestations tumorales qui cependant au même titre que l'épilepsie peuvent être liés aux lésions congénitales de l'encéphale, lésions qui dans ce cas ne se montraient nettement qu'au niveau de l'épendyme et des régions avoisinant la couche névroglique sou-épendymaire. J'éliminerai également les accès de dépression à répétition que Rizzo se refuse à considérer comme une conséquence des tumeurs qu'il a constatées chez son malade, faisant toutefois remarquer que dans son observation cet auteur a noté l'apparition d'un état confusionnel ayant nécessité le transfert du malade dans un asile d'aliénés et au cours duquel la mort survint. Me basant sur les autres cas, je constate *qu'en même temps que s'installent les céphalées* sont notées :

a) Des modifications du caractère.

Le premier malade devient irritable, il a des bizarreries d'humeur.

Le troisième qui pendant quelque temps après la guerre avait mené une existence irrégulière et avait fait usage de toxiques devient défiant, susceptible, timide et irritable à la fois, ses allures sont bizarres. Il fait de petites fugues, quitte son domicile pendant deux ou trois jours et revient, l'air hagard, hébété.

La malade d'Hunziker, jeune mère, apparaît indifférente, ne s'occupe plus de son enfant, est distraite, taciturne.

b) L'activité psychique baisse.

L'attention est nettement diminuée chez tous les malades, *la compréhension* est ralentie chez deux d'entre eux et les choses doivent leur être répétées plusieurs fois pour qu'ils les saisissent ; *la mémoire* est diminuée dans la plupart des cas.

Ces troubles s'accentuent généralement entraînant un état de dépression prononcé, ils conduisent à une *inertie intellectuelle* croissante et mènent à l'apathie et à la torpeur.

A certains moments apparaissent des *idées délirantes* fuga-

ces de persécution chez l'un, de suicide chez un autre, etc..., mais ce sont là généralement de courts épisodes.

En somme, je relève surtout des *manifestations dépressives avec ralentissement intellectuel.*

On voit que les caractères des troubles mentaux observés dans les tumeurs des ventricules latéraux n'ont rien de très particulier et que ce sont à peu de chose près ceux que M. Guillain (1) décrit dans le syndrome des tumeurs du splénium du corps calleux.

On sait combien les troubles psychiques sont fréquents au cours des tumeurs cérébrales. Le travail de Lévy-Valensi et celui de Baruk (2), qui reprend la question en envisageant toutes les tumeurs cérébrales, montrent toute l'importance de la question, il paraît donc difficile de les rattacher aux tumeurs ventriculo-latérales.

Toutefois, si l'on consulte les observations rapportées par ces auteurs, on voit que souvent la propagation au ventricule latéral est notée et lorsqu'elle n'est pas implicitement nommée on peut la considérer comme existante du fait de l'envahissement de formations qui limitent cette cavité.

Parmi les observations de Baruk que je remercie ici de l'amabilité qu'il a eue en me permettant de revoir certaines de ses pièces et coupes, il en est également un assez grand nombre (observations X, XIII, XIV, XVII, XXVI en particulier) dans lesquelles le ventricule latéral est envahi sur une certaine surface et où existent des réactions épendymaires même éloignées.

Loin de moi de vouloir tirer de ces faits la conclusion ferme que les troubles psychiques sont le résultat d'une localisation ventriculaire de la tumeur, mais il est possible que la présence d'une tumeur dans le ventricule latéral, qu'elle y ait pris naissance, ou qu'elle y soit pénétrée secondairement, puisse amener des modifications dans l'équilibre liquidien ou circulatoire cérébral, susceptibles de déterminer des troubles mentaux.

Je me contente d'enregistrer les faits dans l'impossibilité où je me trouve de rattacher avec certitude le symptôme mental à la cause anatomique d'abord, et ensuite de séparer ce qui revient à la tumeur, du fait de sa simple présence dans le ventricule latéral, de ce qui doit être mis sur le compte de l'hyper-

---

(1) Guillain. — Sur un cas de tumeur du splenium du corps calleux. *R. N.*, 1902, p. 23.

(2) Baruk. — Les troubles mentaux dans les tumeurs cérébrales. *Thèse*, Paris, 1926.

tension intracranienne et du retentissement à distance sur l'écorce cérébrale.

La distension ventriculaire toutefois paraît jouer le rôle principal dans la genèse des troubles mentaux dans les cas de tumeurs intraventriculaires.

C) A côté de l'épilepsie et des troubles mentaux, il nous faut encore citer *l'hypertonie* et *les contractures* qui sont relevées dans un certain nombre de lésions ventriculaires, dans les distensions en particulier, qu'elles soient le résultat d'une inondation hémorragique ou celui d'une hyperproduction du liquide céphalo-rachidien comme dans les épendymites aiguës ou subaiguës.

Nous les avons notées dans notre observation III où nous avons constaté une hypertonie musculaire généralisée, de l'enraidissement avec maximum à gauche aboutissant à une contracture en flexion des membres, sauf pour le membre inférieur gauche qui était contracturé en extension. Des contractures des bras en flexion avec renversement de la tête en arrière terminent aussi la maladie décrite par Hunziker, — ce symptôme me paraît être fonction de l'hypertension ou de la distension ventriculaire qui étaient nettes dans les deux cas.

D) *La céphalée* peut-elle avoir une valeur particulière de localisation pour ces tumeurs ?

Certains auteurs, Hunziker en particulier, ont observé des faits qui les portent à donner à une céphalée fixe, réveillée en un point précis par la percussion, une importance localisatrice très grande. Elle ne me semble pas toutefois pouvoir, lorsqu'elle existe avec un caractère si précis, traduire autre chose qu'une localisation dans l'hémisphère cérébral correspondant; une localisation plus poussée est bien hasardeuse et je n'ai pas cru comprendre que les auteurs aient songé à lui donner, dans les cas envisagés, la valeur d'un signe de localisation intraventriculaire.

De l'exposition des faits que je viens de faire et de la discussion des symptômes observés, il ressort qu'il est impossible de considérer un seul signe comme pathognomonique d'une tumeur du ventricule latéral ; on ne peut davantage songer en les groupant à isoler un syndrome du ventricule latéral. On est seulement en droit de signaler comme je l'ai fait la fréquence et l'importance de certains troubles.

V

ÉVOLUTION

Je n'insisterai pas sur l'*évolution* de ces tumeurs qui est variable suivant leur nature et leur siège.

Certaines d'entre elles apparaissent compatibles avec la vie pendant longtemps (tumeur du type I) et on conçoit qu'elles puissent évoluer silencieusement, constituant une *forme latente ;* ce sont celles qui donnent lieu aux trouvailles d'autopsie et entraînent parfois la mort subite.

Nous avons vu qu'il existait des *formes monosymptomatiques : forme convulsive, forme à troubles mentaux, forme méningée.*

Les tumeurs volumineuses à développement actif donnent d'emblée *le syndrome d'hypertension intracranienne* qui peut rester isolé, mais on conçoit que ce tableau clinique soit parfois un premier stade évolutif et que suivant le siège de la tumeur on puisse voir secondairement, surtout avec une tumeur envahissante, s'ajouter des *signes de localisation* variés : parétiques et hypoesthétiques si la poussée se fait vers la capsule interne ; visuels, à type hémianopsique, si la tumeur siège dans la corne occipitale ; paralysie oculomotrice ou syndrome infundibulaire, si l'évolution se fait vers la base à travers le troisième ventricule (cas Hunziker), etc...

La terminaison de ces tumeurs est fatale, la mort survenant généralement dans la prostration, l'hébétude et le coma, ou après des accidents convulsifs subintrants.

VI

ÉTUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE

Cette étude a particulièrement retenu mon attention ; je ne veux pas cependant dans ce rapport donner une place trop grande à un point un peu trop particulier et je tâcherai de la présenter sous un jour qui puisse être de quelque utilité pour le clinicien.

1° TUMEURS PRIMITIVEMENT VENTRICULAIRES

Je diviserai ces tumeurs du ventricule latéral en *tumeurs de nature épendymaire* ou *épithéliales* et en *tumeurs sous-épendymaires, névrogliques et conjonctives.*

A. Tumeurs épendymaires ou épithéliales

Les tumeurs du revêtement épithélial du ventricule latéral et de ses plexus choroïdes sont généralement arrondies ou ovalaires, bosselées, lobulées ou papillomateuses ; de volume variable : cerise, noix, œuf de poule ; de teinte blanc rosé ou rouge violacé ; elles sont généralement très mobiles, pédiculées et souvent en rapport intime avec les plexus choroïdes.

L'observation qui paraît la plus anciennement publiée est celle de Guérard (1), 1833. Robin (2), en 1858, en reconnaît le premier la nature épithéliale.

L'excellent travail de Boudet et Clunet (3) réunissant tous les cas antérieurs à 1910, en relate 9 observations auxquelles il faut ajouter une observation personnelle de ces auteurs.

Le siège dans tous ces cas est en rapports intimes avec les plexus choroïdes et montre une fréquence particulièrement grande de ces tumeurs dans le carrefour ventriculaire et dans la corne occipitale du ventricule latéral.

Elles restent indépendantes du tissu cérébral avoisinant, sauf quelques cas exceptionnels. Coupées transversalement, elles se présentent souvent avec un aspect spongieux, sont formées de logettes irrégulières renfermant une substance colloïde ou hématique ; dans d'autres cas, elles sont surtout papillaires. Les papilles sont centrées par un axe conjonctivo-vasculaire volumineux qui apparaît coupé transversalement ou longitudinalement suivant le sens de la papille ; le revêtement épithélial qui les recouvre forme dans certaines tumeurs une seule assise de cellules cubiques ou cylindriques (Boudet et Clunet) ; les formations kystiques sont bordées de la même assise de cellules cubiques. Elles sont remplies d'une masse colloïde analogue à celle que Lœper (4) a signalée dans cer-

---

(1) Guérard. — *Loc. cit.*
(2) Robin. — *Gaz. méd.*, 7 août 1858. *Soc. de Biol.*, mars 1858.
(3) Boudet et Clunet. — *Loc. cit.*
(4) Loeper. — Sur quelques points de l'histologie normale et pathologique des plexus choroïdes de l'homme. *Arch. de Méd. exp. et anat. path.*, 1904, p. 715.

taines zones de dégénérescence myxomateuse des plexus choroïdes en dehors de toute néoformation.

Dans d'autres cas il s'agit d'un épithélium formé d'assises multiples dont les plus superficielles s'exfolient dans le liquide céphalo-rachidien.

Ces tumeurs peuvent se trouver dans tous les ventricules cérébraux, mais sont particulièrement fréquentes dans le ventricule moyen d'où elles peuvent secondairement par le trou de Monro envahir le ventricule latéral (Cornil et Ranvier) (1). Il s'agit de tumeurs éminemment progressives, à évolution assez rapide et fatale.

Dans les tumeurs épithéliales, il nous faut classer, d'après l'opinion de Perceval Bailey (2), les *épendymoblastomes* et les *épendymomes ;* volumineuses tumeurs qui peuvent arriver à remplir toute la cavité ventriculaire et déborder dans les cavités voisines. Ces tumeurs sont généralement mollasses, friables, de couleur blanc grisâtre, parfois de teinte hémorragique. Leur texture rappelle celle des gliomes mais elles sont constituées de cellules polygonales ou arrondies, à noyaux sphériques, avec ou sans prolongements, dont l'origine épendymaire est indiquée par la présence dans leur cytoplasme de groupe de blépharoplastes, corpuscules que contiennent à l'état normal les cellules de l'épendyme.

B. Tumeurs de la couche sous-épendymaire

a) Tumeurs névrogliques

La couche névroglique sous-épendymaire peut être le point de départ de tumeurs et les observations de gliomes du ventricule sont parmi les plus fréquemment observées. Elles se présentent avec des aspects souvent assez variables et il me paraît utile de les grouper en plusieurs types.

α) Les tumeurs glieuses de l'épendymite chronique

Une première variété nous est fournie par notre cas I (fig. 1, 2 et 3). Ce sont des tumeurs arrondies ou ovoïdes, généralement multiples mais pouvant être solitaires (Claude et Loyez), d'aspect mamelonné, de consistance assez dure, d'une couleur voisine de celle de l'épendyme.

---

(1) Cornil et Ranvier. — *Manuel d'Histologie pathologique*, t. I, 1881.
(2) Perceval-Bailey. — *Loc. cit.*

Elles sont généralement associées à différents aspects d'épendymite chronique, tels que les a décrits Merle : brides,



Fig. 1 (*cas Ori.*). — Paroi supérieure du ventricule latéral gauche.



Fig. 2 (*cas Ori.*). — Corne occipitale du ventricule latéral gauche.



Fig. 3. — Paroi supérieure du ventricule latéral droit.

colonnes, granulations isolées ou muriformes, etc... (fig. 3).

Ces tumeurs sont constituées de tissu névroglique pur, écheveaux denses de fibrilles enchevêtrées au milieu desquelles des

cellules glieuses sont parfaitement reconnaissables ; en d'autres régions, réseau extrêmement lâche avec nombreux astrocytes.

Le cas de Rizzo est absolument superposable au nôtre.

Ces tumeurs font saillie dans la lumière ventriculaire, restent strictement cantonnées à la couche glieuse sous-épendymaire n'ayant aucune tendance à l'infiltration du tissu céré-

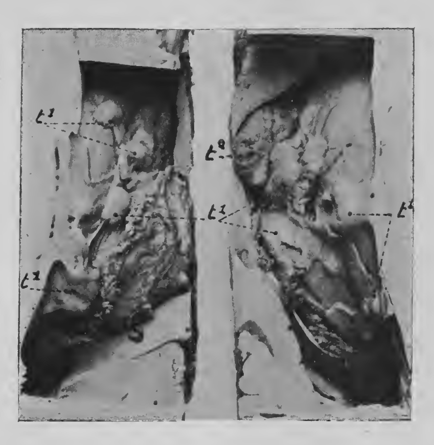


Fig. 4 (*cas Roo.*). — Ouverture artificielle des ventricules latéraux montrant la face supérieure du noyau caudé, le sillon opto-strié et le thalamus ; t^1, les tumeurs glieuses sous-épendymaires multiples ; t^2, tumeurs du septum lucidum.

bral avoisinant (fig. 2). A leur niveau l'épithélium épendymaire est généralement desquamé, du moins en grande partie.

Il s'agit là d'une forme particulièrement exubérante d'épendymite chronique proliférante, type épendymite granuleuse de Margulis et Merle.

Un second aspect est celui que présentent les tumeurs de notre cas II. Ces formations glieuses se rapprochent beaucoup des précédentes et, comme elles, s'accompagnent d'épendymite chronique dont elles semblent être une manifestation, mais déjà à l'œil nu quelques dissemblances se montrent. Elles sont

moins saillantes, font davantage corps avec le plancher ventriculaire formé à ce niveau par le noyau caudé, au contact duquel elles se sont presque uniquement développées, occupant la tête, la queue et le sillon opto-strié et restent absolument indépendantes des plexus choroïdes (fig. 4).

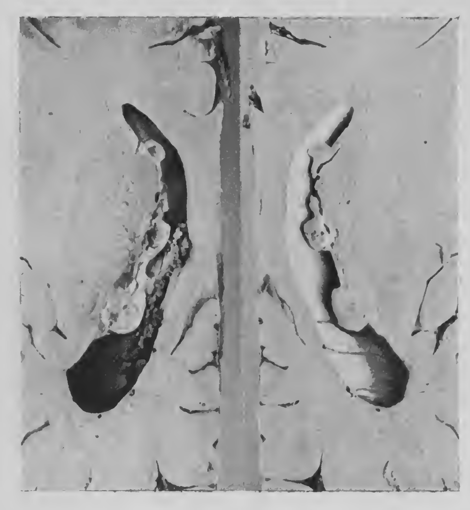


Fig. 5 (*cas Roo.*). — Partie supérieure du V. L. gauche ; multiples tumeurs sous-épendymaires multiples; parties inférieure et supérieure de la coupe.

Elles se sont développées dans la couche sous-épendymaire particulièrement importante dans ces régions, mais elles ne restent pas strictement *sous-épendymaires,* leurs limites vers le tissu cérébral sont imprécises et elles le pénètrent parfois assez loin, mordant profondément dans le noyau caudé (fig. 5) et jusque dans la couronne rayonnante ; sur certaines coupes un noyau néoplasique se trouve privé de ses connexions avec l'épendyme et apparaît ainsi nettement intracérébral. L'aspect histologique est encore celui d'un gliome. La trame est composée par de fines fibrilles réunies en écheveaux qui

s'entrecroisent et délimitent des espaces dans lesquels les fibrilles font défaut mais où se trouvent de nombreux éléments cellulaires, névrogliques, à type astrocytaire, avec quelques cellules renfermant de petits amas granuleux. Ajoutons que ce tissu néoplasique est parsemé en certains points de formations calcaïres (fig. 6). Pas d'hémorragies, nombreux vaisseaux formant un riche réseau mortifié dans son ensemble, atteints de dégénérescence hyaline et oblitérés. Dans ces régions exis-

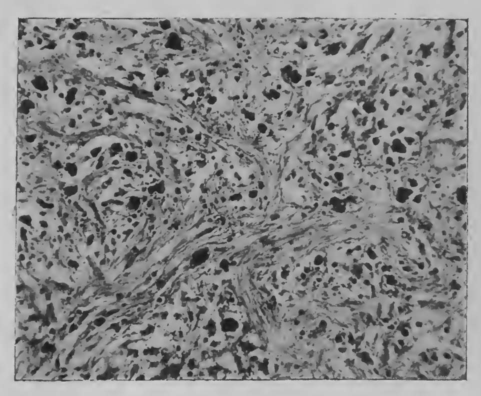


Fig. 6 (*cas Roo*). — Trame fibrillaire de nature glieuse encerclant des nids de cellules névrogliques, nombreuses calcosphérites.

taient de véritables plaques calcaires, agglomérats de calcosphérites.

Dans ce cas, il existait en outre une tumeur du septum d'aspect très différent, formée de grosses cellules globuleuses, avec de nombreux vaisseaux gorgés de sang, elle tranchait par sa teinte ardoisée sur les autres tumeurs épendymaires ; on retrouvait d'autre part, dans les ventricules, de nombreux et caractéristiques aspects d'épendymite chronique.

β) Les gliomes intraventriculaires

Ils constituent une troisième variété de tumeurs névrogliques ; ce type va nous être fourni par notre cas III (fig. 7), analogue du cas de Hunziker.

Cette fois il s'agit d'une tumeur unique, volumineuse, mollasse, diffusant dans la couche sous-épendymaire parfois assez loin en surface ; mais ne la dépassant pas pour pénétrer dans le tissu cérébral.

Dans ces tumeurs la trame fibrillaire est peu importante, les éléments cellulaires prédominent et les petites cellules presque

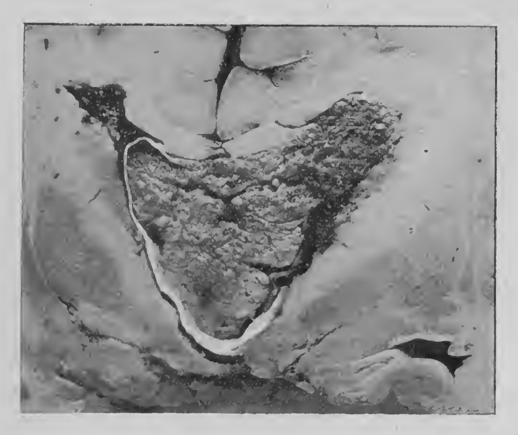


Fig. 7 (*cas Poulp.*). — Tumeur du V. L. gauche ayant comblé partiellement le V. L. droit en refoulant le septum lucidum et occupant de même l'emplacement du V. M.

réduites au noyau qui constituent ce néoplasme le font classer dans les gliomes à petites cellules.

b) Tumeurs d'origine conjonctive

Dans les tumeurs des parois ventriculaires ont été décrits fréquemment des *sarcomes,* mais ce diagnostic est de plus en plus rare. Hunziker, dans son article, insiste sur la difficulté qu'il y a souvent à distinguer le sarcome du gliome et à conclure dans un sens plutôt que dans l'autre ; actuellement on fait de plus en plus le diagnostic de gliome.

Les vaisseaux, le tissu de soutien des plexus choroïdes peu-

vent être le point de départ de tumeurs, et on a décrit des kystes, des lipomes, des télangiectasies, des myxomes, des psammomes, des tubercules, etc...

Il me paraît opportun de dire un mot des kystes parasitaires, des vésicules hydatiques, que plusieurs auteurs ont signalés dans les ventricules latéraux.

Dans une statistique de Sato (1), on voit que la localisation dans les ventricules latéraux est la plus fréquente après celle du quatrième ventricule, mais qu'elle est presque deux fois et demie plus rare qu'elle.

Il faut s'entendre du reste sur le siège intraventriculaire des kystes hydatiques. Arrivés au contact du ventricule, ils en dépriment en effet la paroi, effaçant ainsi plus ou moins complètement leur lumière, et donnent une fausse apparence de pénétration, la paroi ventriculaire propre doublant toujours extérieurement la coque parasitaire.

C'est surtout au niveau de la fente de Bichat et dans la scissure interhémisphérique en avant que s'enfoncent les vésicules. Je rappelle ici les si caractéristiques figures de MM. Guillain, Ivan Bertrand, Médakovitch, Noël Péron (2 et 3), avec leur localisation au voisinage du carrefour ventriculaire.

Les kystes peuvent devenir réellement intraventriculaires, adhérents par un fin pédicule à la paroi ou libres dans sa cavité et susceptibles d'assez grandes migrations.

Des productions calcaires et osseuses ont été également notées, mais ne forment pas de véritables tumeurs. Je n'insisterai pas sur toutes ces variétés du reste assez exceptionnelles et sans grand intérêt clinique pour dire quelques mots d'un type particulier de tumeurs des parois des ventricules latéraux, ce sont *les tumeurs diffuses,* c'est-à-dire étendues à toute la surface des cavités encéphaliques.

C. Tumeurs étendues à tous les ventricules cérébraux

Ces tumeurs des parois ventriculaires ont été assez rarement observées, et leur classement est encore un peu flou. Les faits anciennement rapportés ont en effet des examens histologiques

---

(1) Sato. — *Loc. cit.*

(2) Ivan Bertrand et Medakowitch. — Méningite à cysticerques. *Revue neurol.*, 1924, p. 514.

(3) Guillain, Ivan Bertrand et Noël Peron. — Etude anatomo-clinique d'un cas de cysticercose cérébrale avec méningite parasitaire par cyticercus racemosus. *Revue neurol.*, 1926, p. 1018.

forcément incomplets ou à réviser et les observations les plus récentes sont trop peu nombreuses pour permettre d'établir des comparaisons.

Ce sont des tumeurs diffuses, très étendues en surface et très peu proliférantes en épaisseur, elles se présentent surtout comme de forts épaississements de l'épendyme. Rokitansky (1) en cite une observation dans laquelle la tumeur se présentait comme une épaisse couche blanche au niveau de la paroi ventriculaire des cavités cérébrales et occupant également le tuber cinereum.

De ces tumeurs diffuses une très typique observation est celle de Prantois et Etienne, de Nancy (2), publiée sous le nom de sarcome primitif des ventricules du cerveau. La tumeur était étendue à tous les ventricules cérébraux, l'évolution de cette tumeur chez une fillette de 13 ans avait été celle d'une méningite tuberculeuse, puis celle d'un tubercule. Dans les ventricules très dilatés remplis de liquide clair où nageaient quelques dépôts floconneux semblables à des houppes de coton hydrophile, se trouvaient des produits néoplasiques mollasses comparables à l'empois d'amidon, très légèrement vasculaires, à dispositions irrégulières sur toutes les parois ventriculaires formant par place des masses volumineuses (corne antérieure du ventricule latéral gauche, couche optique où elles atteignaient le volume d'un haricot, forme de lentilles dans le carrefour ventriculaire, nodules miliaires en d'autres points), le diagnostic histologique porté par Haushalter était celui de sarcome à cellules embryonnaires.

Christin et Naville (3), de Genève, rapportent une observation d'un cas très comparable au point de vue macroscopique ; toutes les parois de tous les ventricules sont partout uniformément revêtues d'une couche d'un tissu gris rosé, mou, d'aspect granuleux, friable, très richement vasculaire, facilement dilacéré, avec fragments nageant dans le liquide.

Cette tumeur envahit la lumière des ventricules et s'infiltre peu profondément dans les parois, 6 à 10 millimètres au maximum.

Le diagnostic porté par les auteurs est celui de *neuroblastome*, c'est-à-dire de tumeur formée de tissu névroglique embryonnaire non différencié renfermant des neuroblastes.

---

(1) Rokitansky. — *Loc. cit.*
(2) Prantois et Etienne. — *Archives de Neurologie*, 1894, p. 270.
(3) Christin et Naville. — *Arch. Suisses de Neurol. et de Psych.*, vol. VII, f. 1.

Les auteurs, à propos de cette observation, font un important travail d'ensemble sur la question.

Il nous faut, en terminant l'étude des tumeurs intraventriculaires proprement dites, citer les cas rares de *métastases* de tumeurs des viscères qui se produisent au niveau des ventricules. Ce sont généralement des tumeurs multiples disséminées dans les deux hémisphères tranchant par leur couleur rouge violacé sur le tissu cérébral, pouvant s'accompagner d'épanchement sanguin dans le liquide céphalo-rachidien qui peut être xanthochronique. L'observation XIX de la thèse de Baruk provenant du service de Dufour en est un bel exemple: il s'agissait de métastases multiples d'une tumeur surrénale dont deux noyaux rouge-framboisé dans le V. L. droit. Une hémorragie méningée avait accompagné leur développement avec un syndrome méningé et des troubles mentaux à type « moria ».

2° TUMEURS SECONDAIREMENT VENTRICULAIRES

A côté des tumeurs primitivement intraventriculaires que nous venons de décrire, il y a lieu d'envisager les cas plus ou moins fréquents de propagation ou d'envahissement secondaire d'un ou des deux ventricules latéraux par une tumeur du voisinage.

Les cas les plus fréquents sont fournis par les *tumeurs du corps calleux,* sarcomes ou gliomes le plus souvent, qui infiltrent le plafond des ventricules latéraux, envahissant l'épendyme au-dessous des fibres calleuses ou filant le long du trigone.

Des gliomes centraux, des tubercules de la couche optique (Lenoble et Aubineau) (1) peuvent également arriver en bordure d'un ventricule latéral, obturant plus ou moins complètement sa lumière. Assez souvent, une lame de tissu cérébral plus ou moins mortifié reste interposée entre la tumeur et la cavité ventriculaire.

Dans certains cas, toutefois, ces envahissements peuvent être considérables comme dans l'observation de gliome du lobe temporal droit que j'ai publiée avec André Thomas (2) (Cas Lambr..) où il existait une véritable tumeur de la corne

(1) Lenoble et Aubineau. — *Revue neurol.*, 1901, p. 1221.
(2) André Thomas et J. Jumentié. — *Revue neurol.*, 1922, p. 1526.

sphénoïdale, déterminée par la prolifération glieuse de sa paroi inféro-externe.

L'envahissement du ventricule latéral peut venir de plus loin. Il peut s'agir d'une tumeur d'une autre cavité ventriculaire, troisième ou quatrième ventricule, ou même d'une tumeur de la base, de l'hypophyse en particulier. Ce peut être une extension de la tumeur à travers les cavités ventriculaires ou bien une métastase d'une tumeur ventriculaire. C'est ainsi que Bielchowsky (1) signale de petites tumeurs glieuses de la tête du noyau caudé au cours d'un gliome du plancher du quatrième ventricule ; moi-même avec André Thomas (2) ai observé une tumeur névroglique du plafond du ventricule latéral dans un cas de gliome du quatrième ventricule. A propos de ces deux derniers cas on peut se demander si la ou les tumeurs des ventricules latéraux secondaires à la tumeur primitive du quatrième ventricule, ne seraient pas la traduction d'une irritation ventriculaire, une réaction exubérante de la couche gliale sous-épendymaire plutôt qu'une métastase et ne rentreraient pas plutôt dans la forme proliférante d'épendymite chronique que nous avons décrite, c'est je pense l'opinion la plus plausible du moins dans notre cas, car l'activité et la structure de cette tumeur sont très défférentes de celles constatées au niveau du gliome principal.

Ceci nous amène à aborder la question des rapports des tumeurs cérébrales et de l'épendymite chronique.

3° TUMEURS DU VENTRICULE LATÉRAL ET ÉPENDYMITE CHRONIQUE

J'ai été frappé dans certaines de mes observations par l'importance des réactions d'épendymite chronique coexistant avec une tumeur du ventricule latéral et j'ai songé alors à rechercher systématiquement l'état de l'épendyme ventriculaire au cours des tumeurs cérébrales et des tumeurs ventriculaires et juxta-ventriculaires en particulier, passant en revue toutes les pièces du laboratoire de la Fondation Déjerine, examinant grâce à l'amabilité de MM. Guillain et Yvan Bertrand, Claude, Dufour et Baruck, certaines pièces qui m'avaient semblé intéressantes à ce point de vue d'après le

(1) Bielchowsky. — *Deutsch. Zeitsch. f. Ner. Heilk.*, B. 22, p. 82.
(2) André Thomas et Jumentié. — *Soc. de Neur.*, 28 février 1924.

compte rendu de la thèse de Baruck. Le matériel anatomique provenant du Musée Bourneville que M. Roubinovitch a bien voulu donner à la Fondation Déjerine, m'a servi également pour ces recherches et mon observation II en provient.

Les faits observés sont les suivants :

Les réactions d'épendymite chronique sont fréquentes au cours des tumeurs cérébrales avoisinant les ventricules latéraux ; elles sont presque la règle dans les tumeurs intraventriculaires, elles sont exceptionnelles dans les tumeurs restant distantes des cavités ventriculaires, franchement centrales, corticales ou basales.

L'épendymite chronique, granuleuse ou tumorale ne me paraît pas fonction de la stase ventriculaire ou de la dilatation des ventricules latéraux ; dans les oblitérations de l'aqueduc de Sylvius ou du quatrième ventricule par accollement de leurs parois sous une poussée compressive externe (tumeur de l'angle ponto-cérébelleux, tumeur préprotubérantielle ou hypophysaire), je ne l'ai pas observée.

La genèse de cette épendymite chronique granuleuse ou tumorale me paraît différente suivant les cas.

La ou les tumeurs intraventriculaires font partie du même processus que l'épendymite chronique à forme granuleuse relevée sur l'ensemble des parois ventriculaires, c'est le cas de mon observation I et de l'observation de Claude et Loyez ; il s'agit d'une forme particulièrement proliférante d'épendymite chronique ; l'hyperplasie glieuse, avec des degrés différents, est identique dans la volumineuse tumeur trouvée à l'autopsie et dans les petites granulations avoisinantes (fig. 3). L'origine de la tumeur est donc nettement contemporaine de celle de l'épendymite, c'est un processus de vieille date, remontant probablement aux premières années de la vie ou même à la vie intra-utérine.

La prolifération glieuse dépasse les limites de la simple épendymite chronique par ses caractères histologiques et ses propagations dans la profondeur du tissu cérébral avoisinant (Cas II, personnel), mais le point de départ a été nettement un des noyaux d'épendymite chronique anciens ; ceci se rapproche de la gliose épendymaire de Margulis (1) avec cette différence que le processus est plus actif et plus localisé, véritable-

(1) Margulis. — Ueber ependymäre gliomatose der Hirnventrikel. *Arch. f. Psych.*, Bd. 50, 1912, p. 788.

ment tumoral, dans notre observation. Dans une observation de tumeur du lobe temporal propagée au V. L. que j'ai publiée avec André Thomas (1), nous avons invoqué cette origine, au niveau d'un bourgeon épendymaire. La tumeur comblait la moitié antérieure de la corne occipitale du ventricule latéral correspondant, d'une masse blanc-grisâtre, accollée aux plexus choroïdes, eux-mêmes, globuleux et infiltrés. Sur la paroi de ce ventricule latéral était semée une épendymite chronique granuleuse, extrêmement accentuée (fig. 8), cette épendymite se retrouvait plus discrète dans le ventricule

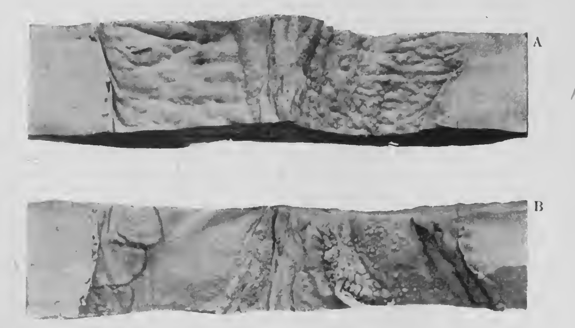


Fig. 8 (*cas Lamb.*). — Ventricule latéral. Ependymite granuleuse. A, plafond ; B, plancher ventriculaire.

latéral opposé, mais était très abondante dans le ventricule moyen et le quatrième ventricule. Toutes les cavités ventriculaires étaient dilatées.

Ce cas me paraît montrer un peu plus. Sans doute, la tumeur glieuse reconnaît-elle comme point de départ une granulation d'épendymite chronique, mais le maximum du processus irritatif dans le ventricule latéral correspondant peut, quand il est rapproché des faits que nous allons rapporter, laisser supposer que la tumeur par elle-même peut être une cause d'irritation de l'épendyme et accentuer cette réaction ou provoquer une nouvelle floraison de ces éléments. L'examen

(1) André Thomas et Jumentié. — *Revue neurol.*, 1922, p. 1526.

histologique fait surprendre en effet toutes les phases d'un processus en pleine activité.

Des tumeurs intraventriculaires à type épithélial peuvent en effet s'accompagner de réactions d'épendymite chronique granuleuse (Boudet et Clunet).

Des kystes hydatiques juxta ou intraventriculaires peuvent, contrairement à l'opinion de Margulis, s'accompagner égale-

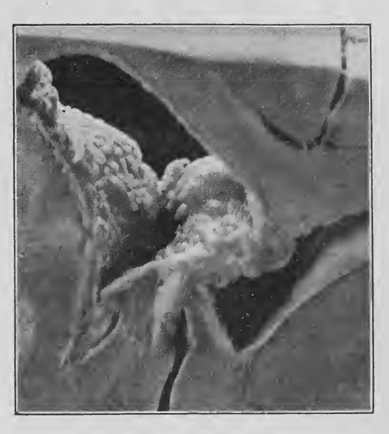


Fig. 9 (*cas Lamb.*). — Coupe vertico-transversale des ventricules latéraux vus par leur face antérieure. Le V. L. droit et la partie correspondante du septum lucidum sont le siège d'une épendymite granuleuse considérable.

ment d'épendymite chronique granuleuse (Sato). J'ai pu faire la même constatation sur les coupes des cas qu'Ivan Bertrand a eu l'extrême obligeance de m'autoriser à examiner, ce dont je le remercie bien vivement.

Enfin des tumeurs juxta-ventriculaires s'accompagnent de prolifération glieuse sous-épendymaire et de bourgeons de même nature, dans les deux ventricules comme le témoigne l'observation publiée avec André Thomas que je viens de rappeler et comme Baruck l'a signalé dans l'observation XVII de sa thèse.

Si donc l'épendymite chronique est le plus souvent une

lésion ancienne et peut-être le point de départ de tumeurs des ventricules latéraux, elle me paraît pouvoir être dans d'autres cas la traduction de l'irritation causée par la présence d'une tumeur dans le ventricule.

VII

DIAGNOSTIC

Le diagnostic des tumeurs du ventricule latéral apparaît après cet exposé impossible à faire avec certitude en se basant sur l'étude des symptômes.

Le diagnostic de tumeur cérébrale dans ces cas, est lui-même assez souvent impossible à porter, le syndrome d'hypertension intracranienne pouvant faire défaut. Si ce premier diagnostic a pu être fait, il reste encore à reconnaître la localisation dans le ventricule latéral.

Quand on observe en même temps que le syndrome céphalée, vertiges, vomissements, stase papillaire, un état de contracture généralisée avec renversement de la tête, que des cris hydrencéphaliques accompagnent les exacerbations de la céphalée, et qu'il existe des manifestations convulsives généralisées fréquentes, sans troubles parétiques ; la localisation intraventriculaire peut être soupçonnée. Alors seulement un siège unilatéral fixe de la céphalée, surtout si la percussion en ce point la réveille, peut donner plus de poids à cette supposition, et faire penser à un néoplasme du ventricule latéral.

Mais il n'y a absolument rien de précis dans ce diagnostic. Une tumeur de la base amenant une distension ventriculaire généralisée peut en effet donner le tableau clinique de l'hypertension ventriculaire ; d'autre part, une tumeur éloignée, tumeur du ventricule moyen [Cornil et Ranvier (1)] ou tumeur de l'hypophyse [Lannois et Roy (2), Cuel (3)], peuvent par une poussée ascendante refouler ou effondrer le ventricule moyen, le trou de Monro et parvenir jusqu'au ventri-

(1) Cornil et Ranvier. — *Loc. cit.*
(2) Lannois et Roy. — Gigantisme et acromégalie. *Icon. de la Sal.*, 1903, p. 163.
(3) Cuel. — Tumeur de l'hypophyse à symptomatologie mentale. *Revue neurol.*, 1924, p. 564.

cule latéral. Comment différencier ces tumeurs de celle de mon cas III ou de celle de l'observation VII de Hunziker où, dans une marche inverse, la tumeur du ventricule latéral a envahi le ventricule moyen et dirigé sa poussée vers la selle turcique ?

Le diagnostic d'hypertension d'origine ventriculaire admis, il resterait encore à en fixer la cause : obstacle à l'écoulement du liquide intraventriculaire dans les cavités sous-arachnoïdiennes ou réaction irritative subaiguë ou chronique des parois ventriculaires (épendymite subaiguë et chronique) ?

Deux méthodes d'investigation clinique, l'examen du liquide céphalo-rachidien et la radiographie peuvent nous donner sur ce point quelques renseignements, mais là encore elles ne nous permettent pas les précisions que nous aimerions trouver.

L'examen du liquide céphalo-rachidien, retiré par *ponction lombaire* ne nous fixe pas sur l'état du liquide intraventriculaire, mais il peut nous révéler des réactions infectieuses susceptibles d'orienter le diagnostic vers une infection subaiguë, méningée ou ventriculaire.

Il peut révéler une hypertension générale du liquide.

La *ponction ventriculaire* peut-elle être faite utilement ? Je n'oserai la conseiller comme un moyen d'investigation après perforation au trépan (trépano-ponction), mais si on se trouve en présence d'un malade que l'on fait décomprimer, une ponction ventriculaire pourra être faite au cours de l'opération pour diminuer l'hypertension intra-cérébrale s'il en existe et pourra de ce fait permettre un examen du liquide des ventricules.

Mais il ne faut pas trop escompter les résultats thérapeutiques et diagnostiques, les premiers n'étant que transitoires et les seconds inconstants.

La recherche, d'autre part, n'est pas sans danger ; la voie d'abord postérieure du ventricule latéral qui a toujours été prise par Villandre pour nos explorations ventriculaires, paraît peu traumatisante pour la substance cérébrale que doit traverser l'aiguille et moins dangereuse que la voie latérale prise par certains opérateurs ; elle n'est toutefois pas dépourvue de périls étant donnée la fréquence des tumeurs dans la corne occipitale du ventricule, tumeurs parfois très vasculaires ; une hémorragie fatale peut être la conséquence de cette intervention comme dans l'observation de Perceval Bailey, où

pareil accident s'était produit dans la tumeur et avait entraîné une réplétion de tout le ventricule par un volumineux caillot sanguin.

Que peut nous indiquer la ventriculo-ponction ?

1° de l'*hypertension intraventriculaire*, alors que la tension ventriculaire habituelle est nulle ;

2° la présence d'un *liquide xanthochronique*, de *l'hyperalbuminose* alors que le taux habituel en albumine du liquide ventriculaire est très bas, 0 gr., 05, 0 gr., 10 ;

3° des *réactions cytologiques*, peut-être du pus, qui plaident en faveur d'une épendymite infectieuse.

L'intérêt sera surtout de comparer la formule du liquide sous-arachnoïdien et celle du liquide ventriculaire ; par ce procédé, on pourra conclure dans certains cas à la *non-communication des cavités encéphaliques*.

On pourra encore comparer les liquides intraventriculaires droit et gauche ; une différence nette de constitution entre les deux étant un symptôme de localisation lésionnelle dans un des deux ventricules.

L'examen de ces liquides pourra peut-être révéler les signes que MM. Guillain, Péron et Thévenard considèrent comme caractéristiques de la cysticercose cérébrale ; hyperalbuminose, réaction de Pandy positive, hypercytose lymphocytaire très accentuée, parfois, présence de polynucléaires éosinophiles, réaction de Wassermann négative, réaction au Benjoin colloïdal positive dans les 10 à 12 premiers tubes.

Mais on sent combien toutes ces recherches ont jusqu'ici peu de portée pratique puisqu'elles n'aboutissent pas à une indication thérapeutique bien précise.

L'utilité de ponctions ventriculaires répétées pourra être une indication dans certains cas comme traitement palliatif de l'hypertension endo-ventriculaire.

L'ingéniosité et le désir de préciser le diagnostic ont poussé certains observateurs à pratiquer des injections colorées intraventriculaires ; du lipiodol, de l'air ont été injectés dans les ventricules ; les résultats de ces recherches sont encore bien imprécis, ils nous amènent à parler de la *radiographie* et de sa valeur diagnostique dans les tumeurs intraventriculaires.

Radiographie ventriculaire

Certaines tumeurs intraventriculaires comme celle de notre cas III s'accompagnent d'une hypertension intracranienne si

importante que l'image radiographique des parois du crâne peut s'en trouver modifiée ; dans ce cas, la table interne de la voûte cranienne, en une multitude de points, était amincie au contact des circonvolutions et usée profondément au niveau des granulations de Pacchioni ; au point d'être réduite à l'état d'une mince lame transparente. On sait combien sont curieuses certaines de ces images craniennes des hypertendus encéphaliques avec leurs empreintes cérébrales et vasculaires dessinées par l'hypertension, leurs scissures disjointes ; mais tout cela n'a rien de caractéristique d'une lésion intraventriculaire, ni surtout intraventriculaire latérale, à moins que le hasard de la clinique et des recherches ne permette un jour de montrer une semblable image dans une seule moitié de la voûte cranienne, ce qui nous paraît bien problématique.

La forme et les dimensions de la cavité du ventricule latéral peuvent évidemment nous être révélées par des artifices consistant en introduction d'air et de substances opaques à son intérieur, donnant des images de ses contours différentes suivant le procédé employé, et l'on conçoit qu'elles puissent ainsi révéler une distension unilatérale ou une réplétion complète ou partielle de la cavité ventriculaire, par une néoformation ; la masse sombre, lipiodolée, ou la tache transparente de l'air dessinant les contours du néoplasme en ne remplissant que la portion libre du ventricule.

Ces résultats ne manqueraient certainement pas d'intérêt s'ils étaient obtenus nettement, je n'ai malheureusement pas eu l'occasion depuis que j'ai commencé ce travail de faire de semblables recherches. On peut, du reste, se demander quelle serait à l'heure actuelle la valeur pratique de ces enseignements car ils ne paraissent pas susceptibles d'entraîner des conséquences opératoires analogues à celles que la radiographie lipiodolée a produites dans la chirurgie des compressions de la moelle épinière, étant donné le siège endo-ventriculaire de ces tumeurs.

Elle pourrait toutefois donner une certitude de localisation qui permettrait de diriger l'action des rayons X, si l'on jugeait utile d'employer cette thérapeutique.

Les interventions chirurgicales sur les ventricules latéraux, à part des cas exceptionnels de corps étrangers intraventriculaires, paraissent en effet difficiles à envisager.

VIII

TRAITEMENT

Ceci m'amène à parler du traitement des tumeurs des ventricules latéraux. Ce que nous savons de l'impossibilité presque absolue dans laquelle on se trouve, à l'heure actuelle, d'arriver à un diagnostic topographique certain, nous fait comprendre qu'il ne peut exister une thérapeutique particulière de ces tumeurs.

Certains de leurs caractères macroscopiques assez fréquemment relevés : tumeurs mobiles, non-envahissantes, retenues seulement par un petit pédicule à l'épendyme ventriculaire ou choroïdien pourraient éveiller l'idée d'une extirpation chirurgicale possible, où tout au moins d'une destruction massive par la radiothérapie par exemple.

La chirurgie ventriculaire se réduit à peu de chose. Nous connaissons la très belle observation de M. Regard où un projectile de guerre, une balle de fusil, révélée mobile dans le ventricule latéral par la radiographie et tombée dans le carrefour postérieur, a pû être enlevée chirugicalement par une pince introduite dans le ventricule latéral, cette opération ayant mis fin à un syndrome d'irritation ventriculaire grave et amené une guérison complète.

Toutefois cette intervention, malgré son traumatisme réduit puisqu'elle n'avait entraîné aucune déperdition de liquide céphalo-rachidien, n'en a pas moins amené des troubles visuels sérieux pendant quelque temps. Que ferait une ouverture chirurgicale large du ventricule ? Il y a là de quoi faire réfléchir le chirurgien et le neurologiste qui ferait appel à lui.

Reste la *radiothérapie*. Il m'est impossible d'apporter ici des résultats probants de l'action des rayons X. Sans doute notre observation III est-elle à retenir étant donné la modification si complète qui s'était produite après l'application de la radiothérapie mi-profonde puisque les crises convulsives, si nombreuses avaient complètement disparu pendant quinze mois.

Toutefois, l'évolution de la tumeur n'en a pas moins continué, entraînant la mort et l'examen histologique ne m'a pas

révélé de transformation nette du tissu néoplasique ; pas de zones mortifiées. Si l'action des rayons a été efficace, elle a été insuffisante.

Quel a été le mécanisme de son action ? Est-ce une action inhibitrice sur l'écorce cérébrale ou sur la tumeur ? Il est impossible de le dire ?

Aucun fait précis de radiothérapie des tumeurs des ventricules latéraux n'a été publié, à notre connaissance, en dehors du nôtre, sur lequel nous puissions discuter.

Ce que l'on peut dire, c'est que pour songer à obtenir un résultat probant, il faudrait appliquer ce traitement avec une *localisation précise intraventriculaire* pour pouvoir calculer la profondeur à atteindre avec les rayons et les doses à employer.

Alors seulement, des données précises permettraient de juger l'action de ce traitement.

On voit combien la question des tumeurs des ventricules latéraux reste imprécise et l'on saisit facilement l'impossibilité où l'on se trouve d'isoler un syndrome clinique propre à ces néoplasies. On peut douter qu'un diagnostic précis puisse permettre une intervention efficace ; cet espoir n'est cependant pas interdit puisqu'un certain nombre de ces tumeurs sont parfaitement isolables et relativement peu envahissantes. La radiographie, aidée par les injections transparentes ou opaques, paraît devoir, dans l'avenir, faciliter une localisation précise, à laquelle la clinique ne permet pas d'arriver, et qui est indispensable pour obtenir une action efficace du traitement radiothérapique.

Je m'excuse de présenter ce rapport avec un nombre aussi important d'inconnues, j'espère que le fait d'avoir exposé cette question devant vous sera l'occasion de faire préciser un certain nombre de points et provoquera des recherches ultérieures fécondes.

DISCUSSION

M. J.-A. Barré (de Strasbourg). — L'auteur, en se basant sur l'étude anatomo-clinique d'un cas personnel de tumeur d'un ventricule latéral, essaye de démontrer que si le diagnostic de pareilles tumeurs, même quand elles s'accompagnent d'hypertension cranienne, est actuellement considéré comme impossible, il est permis de penser que, dans l'avenir, une analyse clinique plus fine, jointe à la recherche systématique de certains phénomènes dont le malade ne se plaint pas, pourra permettre un diagnostic de probabilité de tumeur des ventricules latéraux.

L'association : 1° de troubles parfois légers de l'intelligence (fatigabilité simple, conservation de la gaieté malgré le sentiment d'un état pathologique grave) ; 2° de phénomènes apraxiques même minimes ; 3° de troubles de la sensibilité à type supérieur ; 4° de crises hypertoniques spéciales, constitue peut-être l'ébauche d'un *syndrome d'hypertension des ventricules latéraux*.

L'auteur insiste sur l'importance que peuvent prendre les troubles vestibulaires même unilatéraux dans l'hypertension cranienne généralisée et sur la manière d'éviter de les considérer à tort comme des signes de localisation.

M. Henri Claude (de Paris). — Les tumeurs des ventricules latéraux sont essentiellement les néoformations développées aux dépens du tissu névroglique épendymaire, mais ce qui peut donner un caractère particulier à ce genre de production, c'est sa germination dans l'intérieur des ventricules, de façon à en modifier la cavité ou même à l'annihiler. Aussi ne crois-je pas bon d'éliminer les tumeurs des plexus choroïdes sous prétexte qu'elles sont extra-ventriculaires au sens histologique du mot. Le rapporteur nous dit qu'il désignera sous le nom de tumeurs des ventricules latéraux « les néoplasmes dont le développement se fait dans la lumière ventriculaire ». Alors, pourquoi, quelques lignes plus loin, limiter la description des tumeurs intra-ventriculo-latérales aux tumeurs des parois propres des ventricules (revêtement épendymaire et doublure

névroglique). Du point de vue clinique, je crois qu'on pourrait même étendre la dénomination de tumeurs du ventricule latéral aux néoplasmes qui ont pris naissance dans les parties voisines (couche optique, noyau caudé, corps calleux, épiphyse) qui, en faisant saillie dans la cavité ventriculaire, ont la même configuration que les tumeurs propres du revêtement épendymo-névroglique.

D'ailleurs, ces dernières étant extrêmement rares ne constituent que des curiosités anatomiques, des trouvailles d'autopsie, et n'ont pas d'histoire à proprement parler, autre que celle qui résulte de leur développement assez important pour modifier la cavité ou comprimer les parties voisines. Le cas que j'ai rapporté avec Mlle Loyez n'avait pas été révélé par des symptômes durant la vie et n'avait d'intérêt que par l'étude histologique que nous en avons faite. Il s'agissait d'une petite tumeur qui avait dû se développer par un processus analogue à celui qui provoque l'apparition des nodosités dans l'épendymite chronique.

Comme l'a exposé le rapporteur, le diagnostic des tumeurs nées du revêtement épendymaire apparaît impossible à faire avec certitude en se basant sur l'étude des symptômes. Qu'il y ait hypertension intra-cranienne ou non, les manifestations cliniques sont banales: l'épilepsie et les troubles mentaux sont en effet très fréquents dans les tumeurs. S'il était constant d'observer l'épilepsie longtemps avant l'apparition des symptômes ordinaires des néoplasies cérébrales, il y aurait peut-être là une indication importante. Jusqu'à présent, cela ne paraît pas démontré. Le diagnostic entre les tumeurs pariéto-ventriculaires et les tumeurs saillant secondairement dans le ventricule est encore moins facile. Il y a une variété qui mériterait peut-être d'être étudiée de plus près, ce sont les tumeurs des plexus choroïdes, car, à l'instar des tumeurs de l'épiphyse dont les caractères propres commencent à être bien dégagés, elles donneraient peut-être lieu à des constatations intéressantes en raison du rôle que l'on attribue à ces organes, non seulement dans la sécrétion du liquide céphalo-rachidien et la régulation de sa circulation, mais aussi la production d'une sécrétion interne dont les travaux de V. Monakow et Kitabayashi, de Sabrazès, nous laissent soupçonner l'existence. A ce titre, je crois qu'il eût été de quelque intérêt de ne pas éliminer ces néoplasmes de la description des tumeurs des ventricules latéraux. L'histoire anatomo-clinique de ces der-

nières nous aurait peut-être apparu sous un jour plus nouveau, car, si je m'en réfère à ce que j'ai observé dans les autopsies de sujets atteints de maladies mentales, les altérations des plexus choroïdes ne sont pas rares dans ces cas et la pathologie de ces organes est encore très peu connue.

M. H. Roger (de Marseille). — Le rapport du Dr Jumentié signalant la rareté des tumeurs des ventricules latéraux, je me permets de verser aux débats, avec mes collaborateurs Siméon et Crémieux, l'observation suivante de tumeur du corps calleux et des lobes frontaux à type d'épendymome, dont je dois l'examen histologique au Dr Rouslacroix.

Homme âgé de 30 ans, atteint en mai 1926 de céphalée violente prédominant à la région occipitale gauche. Le 15 juillet, crises nerveuses se répétant 3 ou 4 fois dans la journée, pendant une dizaine de jours, de type épileptique avec état fébrile 38°5, 39°, diplopie horizontale, fond d'œil normal, liquide céphalo-rachidien normal.

Au début d'octobre, tendance à la somnolence et à l'hébétude. A ce moment, lorsqu'il entre à la Clinique Neurologique, on ne constate aucun signe de la série pyramidale ni cérébelleuse, et à peine un léger degré de parésie faciale gauche, fond d'œil normal. Liquide céphalo-rachidien, tension 48 en position couchée, albumine 0,20, cytologie 0,2. En présence de ce cas, nous soupçonnions une néoplasie intra-cranienne, sans pouvoir affirmer son existence ni son siège.

Lorsque le malade rentre dans le service en janvier 1927, il présente un état de mal épileptique avec état comateux ; il succombe en 36 heures, avant qu'on ait pu examiner à nouveau le fond d'œil. A l'examen, on constate une hémiparésie droite légère, achilléen polycinétique et Babinski net du même côté. Liquide céphalo-rachidien toujours normal, sauf l'hypertension 42, en position couchée.

L'autopsie montre une tumeur occupant la partie moyenne et le genou du corps calleux et infiltrant les deux lobes frontaux, surtout le gauche et refoulant en arrière les ventricules latéraux. L'examen histologique (Dr Rouslacroix), montre une tumeur de type épendymone.

Il s'agit donc d'une tumeur du corps calleux qui a pris son point de départ au niveau des ventricules, ce que seul l'examen histologique nous a révélé. Cette tumeur issue des ventricules latéraux a eu une symptomatologie fruste. Les

troubles psychiques y ont été réduits au minimum ; à part un peu d'hébétude, à certains moments, on n'a remarqué aucun trouble délirant ni démentiel. Ce qui a dominé la scène, ce sont les deux épisodes d'état de mal comitial apparus à six mois d'intervalle. Notre observation souligne donc l'importance du symptôme épileptique dans cette tumeur, comme l'a montré Jumentié. Rapproché d'un cas similaire dont l'examen histologique n'a malheureusement pas été fait et de la fréquence de l'épilepsie dans les cas de tumeur du corps calleux réunis dans la thèse de Lévy-Valensi (19 fois sur 86 cas), il nous a permis de décrire avec Crémieux une forme épileptique des tumeurs du corps calleux (*Marseille Médical*, août 1927).

M. H. Baruk. — M. H. Baruk insiste sur certains aspects des troubles mentaux au cours des tumeurs des ventricules latéraux ; il a constaté le plus souvent en pareil cas des manifestations de confusion mentale avec *onirisme* ; parfois, l'onirisme reste assez accentué pour réaliser le tableau de l'ecmnésie. Cette confusion onirique peut s'observer au cours de tumeurs d'autres localisations, mais elle paraît surtout marquée dans les cas qui s'accompagnent de dilatation ventriculaire intense, dilatation qui est particulièrement accentuée dans les tumeurs ventriculaires et péri-ventriculaires.

MM. Alajouanine et H. Baruk insistent sur l'intérêt dans certains cas de tumeurs des ventricules latéraux de la constatation à la ponction ventriculaire d'un liquide xanthochromique. Ils ont observé un cas de gliome péri-ventriculaire dans lequel le liquide ventriculaire était xanthochromique, tandis que le liquide spinal restait clair et de composition normale.

Ils soulignent également les dangers de la ponction ventriculaire dans certains cas de gliomes hémorragiques péri-ventriculaires.

Délire de persécution avec ébauche de syndrome d'influence au cours de l'évolution d'un gliome cérébral, par MM. O. Crouzon, H. Baruk et Coste (de Paris).

Une malade de 49 ans entre à la Salpêtrière le 1[er] mars dernier présentant les symptômes suivants :

1° un état *confusionnel* (désorientation, obnubilation, fausses reconnaissances) ;

2° des idées *délirantes de persécution et d'influence* avec *ébauche d'automatisme* mental ; elle est poursuivie par ses propriétaires et les locataires de sa maison : on la « suggestionne ». Les Américains la poursuivent et l'hypnotisent à distance, on lui cause par T. S. F. ; on lui « travaille le cerveau ».

A l'examen neurologique, on constate : un syndrome de Weber (paralysie du III à droite, hémiparésie gauche avec signe de Babinski), un syndrome thalamique gauche (douleurs très vives, troubles de la sensibilité objective de ce côté).

Examen oculaire : Stase papillaire bilatérale plus marquée à droite.

P. L. : Tension au manomètre de Claude : 45 (couchée).
Albumine : 0,42 cg.
Cellules : 1,4 par mm³.
Benjoin : 00122 122210.
Wassermann : négatif.
Urée sanguine : 0 gr. 29 cent.

L'état va en s'aggravant progressivement. Mort le 25 mars 1927.

Autopsie : Tumeur très étendue occupant la presque totalité du lobe temporal droit, la couche optique, une partie du ventricule latéral, et comprimant le moteur oculaire commun à sa sortie du névraxe. A l'examen histologique, il s'agit d'un gliome.

Mais en reprenant l'histoire de cette malade, nous avons appris qu'elle avait été soignée pour des troubles mentaux depuis 1921 : à cette date surviennent, au cours d'une bonne santé apparente, des troubles cérébraux : crises de céphalée violente durant parfois toute une nuit, courtes périodes d'obnubilation de quelques heures, deux à trois pertes de connaissance.

Puis, peu à peu, on note un changement de caractère de la malade : celle-ci devient méfiante, irritable. Des idées délirantes de persécution se développent de plus en plus en suivant une marche *extensive systématique* et en prenant un caractère processif : c'est d'abord la propriétaire de la maison qui lui en veut, puis tous les locataires, puis tous les gens du pays, puis enfin tous les Français. Durant ces cinq années, la malade a été longuement suivie à la consultation de la Salpêtrière par le Dr P. Camus, à l'Infirmerie Spéciale par le Dr de Clérambault,

à l'Asile de Maison-Blanche par le Dr Capgras. Des nombreux renseignements que nous ont aimablement communiqués le Dr Camus, le Dr de Clérambault et le Dr Capgras, ainsi que de la lecture des nombreuses lettres écrites par la malade et d'une enquête faite à son domicile, il résulte qu'elle présentait un tableau clinique caractéristique du *délire classique des persécutions,* basé surtout sur des interprétations et sans aucun affaiblissement intellectuel. Il semble que le syndrome d'influence et les phénomènes d'automatisme mental aient été beaucoup plus tardifs. Cependant, dans plusieurs lettres, elle parle des gens qui lui « brouillent le cerveau », qui la suggestionnent, qui l'hypnotisent.

Cette observation nous a paru intéressante par les points suivants :

1° Il s'agit d'un tableau clinique de délire chronique qui a évolué très nettement à la suite d'accidents cérébraux légers mais indubitables, probablement en rapport avec les premiers symptômes de la tumeur. Il semble donc certain qu'il existe un parallélisme remarquable entre l'évolution de la tumeur et celle des troubles délirants ;

2° L'enquête très serrée que nous avons faite auprès de l'entourage ne nous a permis de dépister aucun élément paranoïaque chez cette malade avant le début de sa maladie. Il semble donc bien qu'il s'agisse de troubles acquis ;

3° De tels syndromes délirants réalisant de très près l'aspect des délires chroniques sans affaiblissement intellectuel sont jusqu'à présent restés très rares au cours des tumeurs cérébrales. En particulier, les cas dans lesquels on a pu constater un *syndrome d'automatisme mental* au cours d'une tumeur cérébrale sont jusqu'à présent exceptionnels dans la littérature médicale. A ce dernier point de vue, cette observation constitue un exemple particulièrement frappant de l'évolution d'un syndrome psychopathique et délirant symptomatique d'une tumeur cérébrale.

Le caractère étendu de la tumeur et la diffusion de l'infiltration gliomateuse peuvent être pris en considération pour expliquer, dans une certaine mesure, l'existence de troubles mentaux aussi complexes.

M. R. Gauducheau (de Nantes). — Dans son intéressant rapport, notre collègue et ami, le Dr Jumentié, a effleuré, à propos de son observation III, la radiothérapie des tumeurs

des ventricules latéraux. Il nous paraît utile de préciser quelques points à ce sujet. Ce n'est d'ailleurs qu'un chapitre de la radiothérapie des tumeurs cérébrales.

Cette thérapeutique a pris naissance le jour où notre maître, M. le Dr Béclère, en a montré les heureux résultats dans un cas de tumeur de la région hypophysaire, demeuré guéri depuis lors.

Tous les radiologistes sont aujourd'hui d'accord pour reconnaître l'absolue vérité de cette assertion en ce qui concerne les tumeurs de cette région. Nous en avons présenté nous-mêmes à la réunion neurologique annuelle de 1923, à Paris, deux cas toujours vivants et dont l'évolution paraît désormais arrêtée.

Tous les radiologistes sont d'accord pour reconnaître que les résultats sont très différents et très inégaux quand les tumeurs siègent en d'autres points du cerveau. Ils s'accordent enfin à reconnaître qu'il reste un chapitre à préciser et peut-être le plus difficile, celui de la radiosensibilité des diverses tumeurs cérébrales. Rien ne permet aujourd'hui de l'écrire. Néanmoins, il nous apparaît indubitable que des irradiations doivent être entreprises chaque fois, et cela est fréquent, que l'intervention chirurgicale est impossible.

Au point de vue technique, rien ne s'oppose à l'heure actuelle à ce que nous puissions faire parvenir au niveau du ventricule latéral et du centre du cerveau des doses considérables de rayons X. Mais quelques précautions sont indispensables.

Nous savons tous, en effet, que les irradiations puissantes déterminent très rapidement une congestion intense des tissus qui les reçoivent avec œdème et transsudation séreuse. Quand les néoplasmes siègent à l'intérieur ou au niveau d'une cavité naturelle, ces phénomènes n'entraînent aucun inconvénient sérieux. Il n'en est pas de même à l'intérieur de la boîte cranienne.

La conséquence est l'apparition d'un syndrome d'hypertension intra-cranienne avec toutes ses conséquences, dont la mort peut être l'aboutissant.

Deux procédés peuvent permettre d'y parer : l'un d'une façon à peu près sûre, la trépanation décompressive préalable, l'autre moins certaine, l'étalement dans le temps de doses radioactives modérées.

Pour notre part, dans l'ignorance où nous sommes de la radiosensibilité des tumeurs (faute de biopsie généralement impossible), nous estimons nécessaire d'imposer au malade la

trépanation décompressive préalable au même titre que nous imposons actuellement l'établissement d'un anus iliaque définitif aux malades atteints de cancers du rectum avant d'entreprendre un traitement radioactif quelconque.

C'est, à notre avis, la méthode la meilleure.

Quelques malades ou leur famille s'y opposent pourtant quelquefois d'une façon obstinée ; on ne peut leur refuser de tenter quelque chose. Dans ce cas, les irradiations doivent être administrées à doses plus faibles et plus espacées. Leur action est généralement moins efficace ; elle peut avoir aussi le grave inconvénient, si les doses sont trop faibles et trop étalées dans le temps, de vacciner en quelque sorte contre cette thérapeutique les néoplasmes en cause.

Enfin, cette technique ne met pas sûrement à l'abri de troubles hypertensifs graves et l'on devra toujours rester en pareil cas dans l'expectative armée, prêt à intervenir en cas d'accident menaçant.

M. D. Anglade (de Bordeaux). — Le rapporteur, en qui je me plais à voir le disciple avisé du regretté maître Déjerine, a mené à bien la tâche ingrate qu'il avait courageusement assumée, de fonder un chapitre des tumeurs du 3e ventricule. Sans doute, et M. Jumentié nous en avertit très loyalement, le syndrome clinique propre à ces tumeurs n'est pas encore établi sur des bases solides. Les matériaux, en effet, sont rares, mais la question est bien posée et des faits surgiront pour aider à la résoudre. M. le professeur Barré vient de nous en relater un avec beaucoup de précision comme toujours. Je le crois bien authentique celui-ci, mais je n'oserais pas en dire autant de l'un de ceux qui ont été retenus par M. Jumentié.

L'idiot dont nous avons vu projeter sur l'écran des coupes faites au niveau de ses ventricules cérébraux, me paraît avoir présenté, non une tumeur du 3e ventricule, mais des tubérosités épendymaires de l'ordre de celles qui s'observent dans la sclérose tubéreuse de Bourneville et Brissaud et, non seulement dans les parois ventriculaires, mais aussi sans doute sur le manteau cérébral. J'ai eu l'occasion d'étudier cette curieuse affection et, comme le rapporteur, j'ai noté dans les masses tubéreuses la présence de calco-sphérites. Au surplus, les sujets atteints de sclérose tubéreuse présentent, je l'ai vérifié aussi, un état néoplasique très curieux du rein qui concourt à l'identification de la maladie.

Je ne partage pas l'opinion exprimée par M. le Professeur Claude, à savoir que pour simplifier la question, reconnue très ardue par le rapporteur, il y aurait lieu d'agrandir le domaine d'exploration et d'y incorporer, non seulement les tumeurs intra-ventriculaires, mais aussi les sous-épendymaires. A vrai dire, il n'y a pas de sous-épendyme.

L'épithélium épendymaire repose sur des stratifications fibrillaires horizontales qui ne sont que des émanations de la cellule de l'épendyme, névroglique comme on sait. Et si la tumeur est située dans le tissu nerveux proprement dit, elle rentre dans le cadre des tumeurs cérébrales.

Il me sera permis, en terminant ces réflexions brèves, de constater que, dans la séméiologie des tumeurs cérébrales, on s'inquiète de plus en plus de l'état psychique, très négligé naguère.

Les travaux de M. Baruck ne sont pas étrangers à ce mouvement. Les troubles de l'activité intellectuelle sont à peu près constants, selon moi, dans les néoplasies du cerveau. Ils m'ont souvent aidé à établir un diagnostic par ailleurs hésitant.

M. Jumentié (de Paris). — Les différentes interventions qui viennent de se produire à la suite de l'exposé de ce rapport apportent une précieuse contribution à l'étude de tumeurs des ventricules latéraux.

Je termine rapidement cette discussion et je remercie les auteurs des paroles trop élogieuses qu'ils ont prononcées au sujet de cette imparfaite étude d'une question que j'aurais du moins posée.

M. le Professeur Barré apporte une observation fort intéressante qui rentre dans le groupe clinique des tumeurs s'accompagnant d'un syndrome d'hypertension intracranienne et elle doit être rapprochée de mon cas Poul. (obs. III) et des cas d'Hunziker et P. Barley. La tumeur adhérente au septum lucidum est sans doute peu volumineuse, mais la durée évolutive a été en somme d'assez courte durée. Le syndrome de déséquilibration si accentué dont elle était accompagnée me paraît relever de la distension ventriculaire généralisée. L'étude d'une série de petits signes cliniques faite par Barré avec sa minutie coutumière montre que la symptomatologie de ces tumeurs est susceptible de s'enrichir. Cette observation apporte enfin une nouvelle démonstration de l'importance des réactions d'épen-

dymite granuleuse au cours de ces néoplasies, en particulier dans le ventricule où elles se développent quand elles sont unilatérales.

M. le Professeur Claude me reproche d'avoir limité un peu trop mon sujet. Sans doute, me suis-je mal exprimé puisqu'il pense que je rejette du groupe des tumeurs des ventricules latéraux les néoformations des plexus choroïdes. Si, personnellement, je n'en apporte pas d'observations, je les comprends nettement dans ce groupe de tumeurs cérébrales, soit qu'il s'agisse de tumeurs épithéliales, type Boudet et Clunet, par exemple, que je range dans le groupe A, p. 27, soit qu'elles aient pour point de départ la trame conjonctive sous-jacente (tumeur conjonctive) paragr. B, p. 33.

Si j'ai écarté résolument les tumeurs para-ventriculaires envahissant secondairement le ventricule latéral et en particulier les tumeurs du corps calleux, c'est que je cherchais à isoler une symptomatologie purement ventriculaire et que pour cela il me fallait éviter le reproche que l'on aurait été en droit de me faire, de décrire comme symptômes ventriculaires des troubles provoqués par le développement d'une néoplasie dans les formations du voisinage.

M. le Professeur Roger, par son intéressante observation d'épendymome du corps calleux, montre combien ces divisions sont parfois difficiles à établir puisqu'une tumeur dont l'examen histopathologique situe le point de départ dans le revêtement épendymaire peut avoir une évolution extra-ventriculaire, intra-calleuse dans ce cas.

Baruk apporte avec M. Claude une observation qui constitue une sérieuse contribution à l'étude des troubles mentaux au cours de ces tumeurs.

L'intervention de Gauducheau laisse espérer une action favorable plus fréquente de la radiothérapie, à condition que le clinicien puisse préciser le point où elle doit être appliquée.

Je remercie M. Anglade de la façon dont il veut bien juger ce travail en disant y reconnaître la méthode du Maître regretté dont j'évoquais le souvenir au début de cet exposé ; il ne pouvait me décerner un plus grand éloge. J'enregistre la façon catégorique avec laquelle il se refuse à accepter une symptomatologie d'irritation ventriculaire considérant comme sans valeur diagnostique le syndrome dit « d'inondation ventriculaire ». Le rapprochement qu'il fait à la vue de mes projections entre les tumeurs névrogliques de mes observations I

et II et la sclérose tubéreuse est très important. Je n'ai pas parlé de cette affection et pensais, pour ma part, n'en avoir observé aucun cas. J'ai toutefois nettement isolé cette forme particulièrement torpide de tumeurs glieuses intraventriculaires et j'ai montré qu'elles n'étaient peut-être qu'une forme d'épendymite chronique, en tous cas, elles s'opposaient nettement à la tumeur active de mon observation III. S'il s'agit là de sclérose tubéreuse, M. Anglade reconnaîtra sûrement avec moi que si une ou plusieurs nodosités scléreuses, par leur volume ou leur situation dans le ventricule, arrivent à jouer le rôle d'une tumeur cérébrale, il y a lieu de faire rentrer ces cas particuliers de sclérose tubéreuse dans une description clinique des tumeurs du ventricule latéral.

TROISIÈME RAPPORT

RAPPORT DE MÉDECINE LÉGALE

ET

DISCUSSION DU RAPPORT

LE DIVORCE DES ALIÉNÉS

SA JURISPRUDENCE

SON APPLICATION, SES RÉSULTATS

(EN SUISSE ET DIVERS AUTRES PAYS)

Par le Dr W. BOVEN

Privat-docent de psychiatrie à l'Université de Lausanne

LE DIVORCE DES ALIÉNÉS

SA JURISPRUDENCE, SON APPLICATION, SES RÉSULTATS

(EN SUISSE ET DIVERS AUTRES PAYS)

Par le Dr W. Boven

Privat-docent de psychiatrie à l'Université de Lausanne

PLAN

⁂

Lorsque notre Congrès, l'an passé, dans sa session de Genève-Lausanne, me confia le soin de rapporter à Blois, sur le sujet de l'aliénation mentale et du divorce, il entendit mar-

---

(1) Une fois pour toutes, j'écris divorce tout court dans le sens de divorce pour maladie mentale, quand cette simplification ne nuit pas à la clarté de la phrase. Je supprime toute référence, en notes, et renvoie le lecteur à la bibliographie, à la fin du rapport.

quer, j'en suis sûr, par une attention délicate, l'estime dans laquelle il tient la législation de mon pays. Je dois à cette manifestation d'amitié, l'honneur et le plaisir d'exposer à cette assemblée, un des chapitres les plus intéressants, parmi les problèmes que l'assistance des aliénés soulève. Il tient à la Science ; il touche à la Foi. L'Expérience et le Dogme prétendent tous deux le résoudre. Leurs solutions sont contradictoires. Catholiques et protestants professent sur ce point des opinions contraires. La discussion tourne à la controverse et le ton de la dispute, même écrite, s'échauffe et s'élève..... Mais non ! rien de tout cela n'est vrai et le Congrès de Blois le fera bien voir.

Je me place délibérément au point de vue de l'Expérience. C'est d'elle seule que le Congrès m'a prié de recueillir les leçons. D'elle seule procède l'enseignement que je vous apporte. On ne m'en voudra pas d'exprimer en conclusion, mon humble avis.

Et puis, je ne me fais pas d'illusions. La République n'attend pas de moi des conseils. Un mouvement s'affirme en ce pays, en faveur du rétablissement du divorce pour aliénation mentale. Je livre aux débats comme à la réflexion, en toute simplicité, les données de l'expérience médico-légale en divers pays. Puissent-elles servir au bien de la France !

A. APERÇU HISTORIQUE

L'aliénation mentale figure parmi les causes de divorce dans la législation de plusieurs pays d'Europe et d'Outre-mer. Au Portugal, dès 1910 ; en Allemagne, dès la même année ; dans la Principauté de Monaco, depuis 1907 ; en Bulgarie (1897) ; en Suisse (1876) ; en Suède (1810) ; dans plusieurs états des Etats-Unis et dans les Républiques de l'Equateur et du Pérou (1902).

Quelques dates et deux mots d'histoire à propos du divorce en France.

Dix siècles durant, le mariage demeure indissoluble ; ainsi l'entend l'Eglise. Il est permis de penser qu'en 1.000 ans, plus d'un mari fit le poing dans sa poche, plus d'une dame rêva d'un temps meilleur ! Les conjoints excédés de l'état de mariage, usaient s'ils le pouvaient, de la seule ressource offerte à leur peine : *le divortium a toro et mensa,* c'est-à-dire la séparation de corps, qui, du moins, faisait cesser la promis-

cuité du lit et de la table. L'annulation du mariage rompit parfois les liens d'un couple auguste, comme Henri IV et Marguerite de Valois. Il laissait subsister, par l'emploi judicieux d'une fiction canonique, *ab initio,* le dogme de l'indissolubilité de l'union et le mystère du sacrement.

Le 27 septembre 1792, le divorce force l'entrée du monde français. L'aliénation mentale est admise au nombre de ses motifs.

1801-1803 : le code Napoléon maintient le divorce en le restreignant : la folie est expulsée du prétoire.

8 mai 1816 : le divorce est supprimé sur toute la ligne : triomphe de M. de Bonald.

27 juillet 1884 : le divorce est rétabli : loi Naquet. Modifiée le 18 avril 1886 et le 6 février 1893, pour des questions de détail, elle dicte jusqu'à nos jours le règlement des litiges matrimoniaux. L'aliénation mentale ne figure pas au nombre des motifs de divorce. C'est pour l'y rétablir, que trois propositions de loi ont été successivement élaborées depuis une vingtaine d'années. En 1906, par Maurice Colin; en 1907, par M. Maurice Viollette, député ; l'an dernier enfin, par MM. Palmade et André Hesse, députés. Déjà la Commission de la Législation Civile et Criminelle a rapporté sur cette dernière proposition et M. le député Eugène Frot formule des conclusions qui lui sont en somme favorables.

Les sociétés savantes ne pouvaient se désintéresser de l'étude d'un problème qui tient de si près à la vie de chacun et de tous les jours. Au temps où la proposition Naquet fut érigée en loi, L. Guillot, député de l'Isère, tenta de faire accepter un amendement qui comprît la psychose au nombre des motifs. La Chambre élut une commission qui prit l'avis des aliénistes les plus éminents de l'époque: Legrand du Saulle, Charcot, Blanche et Magnan. Ces spécialistes affirmèrent l'incapacité de la psychiatrie à fonder avec certitude un pronostic d'incurabilité définitive. L'amendement fut repoussé. L'Académie de Médecine et la Société Médico-Psychologique furent, dans ce temps-là, les théâtres de discussions véhémentes, dont les *Annales Médico-Psychologiques* nous ont conservé non seulement l'écho mais l'essence (1882).

La Société Médico-Psychologique s'est de tout temps préoccupée de ce problème. Les *Annales* fournissent la plupart des documents qui s'y rapportent. La Société de Médecine légale, (D[rs] Jacomy et Lutaud), la Société de Médecine et de Chirurgie

pratiques (1904-1905), la Société d'Etudes législatives (1906-1908), toutes ces sociétés et assurément bien d'autres encore, ont eu à cœur d'examiner et d'approfondir ce problème: je n'ai pas manqué de me nourrir de la substance de leurs fortes discussions.

Je citerai au long de ces pages plus d'un avis, plus d'une opinion. Il serait vain de prétendre tout dire et tout citer.

B. LE DIVORCE

a) En divers pays

Je me propose de passer tout d'abord en revue les diverses législations dont je n'ai pas grand'chose à dire. La Suède, en revanche, l'Allemagne, les Etats-Unis, la Suisse ont droit à toute notre attention. Je m'abstiens de parler du droit anglais, faute de données sûres.

En Bulgarie, nous disent Juquelier et Fillassier, la loi du 21 mars 1897 admet le divorce « quand l'un des époux est atteint, postérieurement au mariage, de démence, d'idiotie, d'épilepsie ou de syphilis ». Toutefois, ajoute Robert Semelaigne, « le demandeur doit faire la preuve que tous les moyens de guérison ont été employés sans succès ».

L'Etat de Monaco a fait gravement les frais d'un code. On y trouve une ordonnance souveraine, à la date du 3 juillet 1907, qui dispose à l'article 5 : « Lorsqu'un des époux sera atteint d'aliénation mentale, de délire alcoolique ou de syphilis, le divorce pourra être demandé par l'autre époux aux conditions suivantes : 1° si la maladie est présumée incurable ; 2° si elle est de nature à compromettre la sécurité ou la santé du conjoint ou des enfants nés ou à naître ; 3° en ce qui touche l'aliénation mentale, si celle-ci a duré trois ans avant la formation de la demande en divorce; 4° en ce qui touche l'épilepsie et le délire alcoolique, si les crises sont fréquentes. L'existence des maladies et la présomption de leur incurabilité seront établies par trois experts désignés par le Tribunal Supérieur.

Sur la loi portugaise et sur la pratique des tribunaux de Lusitanie, je n'ai pas d'autres données que celles que le professeur Magalhaës Lemos, de Porto, fournissait, il y a 15 ans, à la Société Médico-Psychologique de Paris. Promulguée le

3 novembre 1910, elle cite parmi les causes légales du divorce: 1° l'aliénation mentale incurable, lorsque 3 ans au moins se sont écoulés depuis sa constatation judiciaire; 2° une maladie contagieuse reconnue incurable.

Au Pérou, la folie furieuse est une cause de séparation. C'est un peu la notion anglo-saxonne d'après laquelle: « la visitation de Dieu ou maladie mentale ne change rien aux devoirs des époux; elle ne constitue pas une cruelty, sauf la folie furieuse qui pourrait seule être considérée comme telle ». (Roguin: *Droit Civil comparé,* p. 315).

D'après le droit musulman, la femme peut demander le divorce si son mari est atteint d'une maladie qui est incurable ou susceptible de durer longtemps et qui rendrait la cohabitation nuisible pour elle, telles la folie, la lèpre et le vitiligo. Quant au mari, il a le droit de répudier sa femme sans tambour ni trompette (1).

***

b) Le divorce en Amérique

Bien habile qui se retrouve dans ce qu'on est convenu de nommer le maquis de la procédure, plus habile encore celui qui se meut à son aise dans quarante-huit maquis différents, même s'il y flotte un pavillon ! Les Etats-Unis, pays de prodiges, poussent l'indépendance jusqu'à s'ignorer les uns les autres. Un avocat, M. Milton Ives Livy, s'exprime à ce

---

(1) A l'instant même où j'expédie ce rapport, je reçois deux lettres également obligeantes. L'une est de M. le Dr Donald Ross, Medical Superintendent de l'hôpital de Lochgilphead près Argyll, en Ecosse ; l'autre, de M. le Pr Magalhaès Lemos, de Porto, qui joint à ses lignes une thèse de son élève, Antonio Abilio de Mesquita, sur « Le Divorce et la Médecine ». M. Donald Ross m'avertit qu'il ne croit pas à l'introduction du divorce pour aliénation mentale en Angleterre. Il se réserve de m'en donner les raisons. — La thèse en question, qui reflète sans doute l'opinion du maître, est vivement hostile au divorce pour cette raison que trois ans de psychose ne confèrent pas l'incurabilité. « Grossière erreur, dit le Professeur Lemos, cité par son disciple, grossière erreur que cette indication de trois ans comme preuve d'incurabilité. » M. de Mesquita cite un certain nombre de guérisons tardives. Il n'y a rien là qui soit de nature à modifier mon opinion. — Mes correspondants voudront bien trouver ici, avec tous ceux qui m'ont témoigné leur affectueux intérêt, dans l'œuvre de la recherche, l'expression de ma reconnaissance. Je me sens particulièrement obligé envers mes confrères Borel (de Perreux), Von Speyer (de Berne), H. W. Maier et Bleuler (de Zurich), en Suisse ; envers MM. Semelaigne, notre vénéré Président de l'année dernière, à Paris, et Fillassier, au château de Suresnes ; les professeurs Gaupp, de Tubingue, et Kinberg, de Stockholm, le Dr H. E. Chamberlain, à New-York.

sujet en ces termes: « Nous avons aux Etats-Unis, un système de lois qui permettent à des conjoints d'être divorcés dans un Etat mais non pas dans l'autre; d'être légitimement mariés ici, mais non pas là; qui permettent à un enfant d'être l'héritier légal dans un état, mais non pas dans l'autre ; à un mari, enfin, d'avoir deux épouses légitimes et de passer de l'une à l'autre à son gré, selon les hasards de ses pérégrinations dans sa patrie ! »

Chaque état connaît ses *prohibited, void, voidable, criminal marriages* (prohibés, nuls, annulables et délictueux). Chaque état édicte ses *grounds for absolute or partial divorce... for annulment of marriage.*

Qui se sent le courage d'entreprendre un long voyage à travers ces pays au nom coloré ? Je m'y lance.

Le mariage est interdit aux aliénés, dans quelques états (*persons of unsound mind*) : Delaware, New-Jersey, South-Carolina, Utah. Dans la plupart, l'aliénation mentale, définie en des termes qui varient, rend le mariage nul ou annulable, soit qu'elle ait précédé l'union (Arkansas, Californie, etc.), soit qu'elle ait éclaté après elle (Colorado, Idaho, Illinois, etc.). Le Connecticut, entre autres, tient pour délictueux le mariage avec un épileptique ou un imbécile, lorsque la femme a moins de 45 ans. New-Jersey poursuit d'office l'épileptique, le fou, l'imbécile assez audacieux pour tenter de fonder un ménage.

L'aliénation mentale est un motif de divorce absolu dans les Etats suivants : Idaho, Mississipi, Pensylvanie, Tennessee, Utah, Washington, Wyoming, dans le territoire Indien, aux îles Hawaï.

Dans l'Idaho, la *permanent insanity* ne déploie ses effets devant les tribunaux qu'à la condition d'un internement de l'aliéné dans un asile *ad hoc*, ayant duré au moins 6 ans avant l'introduction de la demande en divorce. En outre, le demandeur doit avoir résidé au moins un an dans l'Etat, avant d'y formuler sa plainte. Dans le Washington, la loi exige une durée de 10 ans de « *chronic mania or dementia* ».

La folie est un motif d'annulation de mariage, même consommé, dans les Etats suivants : Californie, Cuba (*lack of reason*), Delaware, Indiana, Iowa, Kansas (*want of understanding at time of the marriage*), Massachussetts, Minnesota, Montana, Nebraska, Nevada, New-Mexico, New-York, North-Dakota, Oklahoma, Oregon, South-Carolina, South-Dakota,

Vermont, Virginia, Washington (*insanity and affliction with pulmonary tuberculosis or contagious veneral disease*), West-Virginia, Wisconsin, Wyoming, et enfin dans les îles Hawaï et Philippines.

L'ivrognerie populaire ou l'alcoolisme sélect doivent être particulièrement en horreur... ou en honneur, chez les républicains d'Amérique, que tant de leurs Etats vitupèrent ce vice et le châtient ! Je renonce à en donner la liste. Ils sont trop ! Ils y sont tous ! J'en suis à chercher le coin de terre où le pauvre buveur américain peut fuir la police et la vertu !

Quand j'aurai dit que le divorce absolu n'existe pas aux îles Philippines, et que le code de la Caroline du Sud ne prévoit pas même le divorce, comme au temps du jardin d'Eden, j'aurai achevé ce compte rendu, fastidieux à vrai dire.

Je dois à la grande obligeance du Dr E.-H. Chamberlain, de New-York, la communication des renseignements qui précèdent et des remarques qui suivent:

Notre confrère est hostile au divorce et fait sienne cette pensée tout récemment formulée par un Juge de la Cour d'Appel de New-York: « *There is an instinctive revolt against the notion that infirmity of mind shall be used as a pretence fort relief against satiety of the body* ».

Les tribunaux d'Amérique seraient en général peu disposés à desservir la cause du mariage. Ils considéreraient que les obligations qu'il fait naître lient les conjoints malgré les infortunes les plus imprévisibles. La sympathie serait la récompense des conjoints restés à leur poste. Si la folie devait conduire à la dissolution des mariages, qu'est-ce qui empêcherait un mari, une femme, de harceler son conjoint jusqu'à lui faire perdre la tête ?

Qui veut connaître le rôle des anomalies sexuelles en matière de mariage et de divorce, consultera avec fruit le petit article de Th. Moll.

⁂

c) Le divorce en Suède

M. le Dr Olof Kinberg, à Alfsjö près Stockholm, dont le nom a souvent été cité à propos de la question qui nous occupe, a bien voulu me faire parvenir son ouvrage (*Lagen*

och de Sinnessjuka), dans lequel je puise la connaissance des faits les plus récents en matière de divorce, en Suède.

Depuis 1920, de nouvelles dispositions modifient et complètent le statut du mariage. Je ne dis qu'un mot des lois qui traitent de l'annulation et de l'interdiction : elles s'inspirent de conceptions éminemment eugéniques et prophylactiques. On y tient compte de la race non moins que de l'individu, moins du passé que de l'avenir. Voilà passé trente lustres que l'épilepsie préoccupe le législateur de Suède. Le premier décret royal à ce sujet date de 1757 ! On y distinguait déjà soigneusement la forme idiopathique ou essentielle de la forme extrinsèque ou traumatique, l'une transmissible, l'autre non. Signalons que l'épilepsie à causes internes prépondérantes, pour me servir des termes mêmes du code moderne, entraîne l'annulation du mariage, à moins que l'union ne soit vouée par la nature à la stérilité (âge, castration, etc).

Mais voici des textes:

« Peuvent contracter mariage des personnes guéries d'une maladie mentale, qui fournissent l'attestation médicale de leur guérison ».

« Si l'un des époux est sujet à abuser de moyens enivrants, il peut être condamné au divorce, si le Tribunal trouve de bonnes raisons à cette mesure ».

La loi de 1810 s'exprimait en ces termes : « L'un des époux a le droit d'obtenir le divorce lorsque son conjoint est atteint d'une véritable folie qui, d'après des preuves sûres, a duré sans interruption pendant 3 ans et ensuite d'une déclaration d'un médecin attestant qu'il n'y a pas d'espoir pour le malade de recouvrer la santé. » Il appartenait aux juges de découvrir si l'origine de la folie ou son aggravation tenaient à la conduite du conjoint demandeur ; le divorce, dans ce cas, n'était pas accordé.

Cette loi séculaire vient d'être remplacée par la suivante :

« Si l'un des époux est atteint de maladie mentale et que cette maladie a duré trois ans depuis le mariage, s'il n'y a aucun espoir de rétablissement durable (*varaktiga aterställande till hälsan*), l'autre conjoint à le droit de divorcer. »

Le Dr Kinberg insiste sur l'intérêt des améliorations suivantes : La réserve « sans interruption » a été biffée, dans le but

de faciliter le divorce en cas de psychose par accès, qui n'exerce pas une action moins dissolvante sur les sentiments d'union que les psychoses chroniques et continues. En revanche, une réserve nouvelle est insérée dans la nouvelle loi : la psychose doit persister 3 ans, pendant l'union. On veut laisser à l'époux non aliéné le temps de faire ses expériences, d'étudier le caractère de la maladie de son conjoint.

On a biffé pareillement la clause relative à l'époux qui aurait causé la maladie mentale de son conjoint, parce que l'expérience a montré de quelles difficultés s'entoure la preuve.

Mais l'amélioration la plus notable, consiste dans la substitution de la notion de rétablissement durable à celle d'absolue incurabilité. On se borne à demander à l'expert d'établir si une guérison peut être envisagée, sans risques de récidives ou de rechutes.

Ce que le Dr Kinberg ne nous dit pas, c'est qu'il a été le principal artisan de cette révision si sage. C'est à lui, entre tous, que le mérite en revient.

***

d) Le divorce en Allemagne

L'Allemagne pratique le divorce pour aliénation mentale depuis 1910. L'article 1569 du code civil allemand peut être traduit, comme le fait Trénel, de la manière suivante :

« Un époux peut demander le divorce, lorsque l'autre époux est atteint de maladie mentale, que la maladie a duré, pendant le mariage, au moins 3 ans, et a atteint un tel degré que la communauté mentale entre les époux a disparu et aussi qu'est exclue toute perspective de rétablissement de cette communauté. »

Remarquez avec tous les commentateurs que la loi embrasse le passé, le présent et l'avenir du cas auquel on l'applique. La maladie doit remonter au moins 3 ans en arrière, elle doit avoir opéré dans le présent l'œuvre douloureuse de l'aliénation d'un époux, et ne prêter dans l'avenir à aucune espérance.

Cet article a prêté et prête à la critique comme à la louange.

Né d'un compromis laborieux entre des opinions et des partis, sur ce point, à peine conciliables, il subsiste du fait de son obscurité. Ainsi l'a voulu le législateur, paraît-il. Il proclame la légitimité de cette forme du divorce : il en restreint l'application. Le parti de la conscience catholique l'en blâme comme d'une licence; la plupart des protestants et des praticiens critiquent ses réserves. En fait, la plupart des auteurs allemands qui ont écrit sur ce sujet, se louent des bons services rendus par le code. Ils signalent le fait que l'article 1569 n'a nullement nui au mariage, et ne prête pas au scandale. Il démêle des imbroglios tragiques et libère des victimes du sort. Mais, disent-ils, on pourrait faire plus et mieux. Des perfectionnements sont devenus nécessaires.

Le terme de maladie mentale (*Geisteskrankheit*) ne comprend pas les infirmités congénitales de l'esprit, les oligophrénies.

Les prodromes, les symptômes de nervosité, même alarmante, ne sont pas assimilés à la maladie mentale qu'ils précèdent. L'état de maladie n'existe que dès que le diagnostic de folie a été posé. D'autre part, on admet avec Lenel, que les rémissions ne sauraient compter comme des suspensions du processus en cours et par conséquent passer pour interrompre la maladie. En revanche, un accès de manie ou de mélancolie qui s'apaise et qui disparaît dans la quiétude de l'état normal, ne fût-ce que quelques mois, se soustrait à la définition fatale. L'épilepsie tombe sous le coup de la loi lorsqu'elle s'accompagne de manifestations délirantes graves et de troubles profonds du caractère.

La période de 3 ans peut être comptée comme échue non pas au jour de la plainte en divorce, mais au jour du jugement. Ainsi en a décidé le Tribunal d'Empire.

Les difficultés surgissent et les divergences s'affirment dans l'appréciation de la 3e exigence de l'article 1569. Qu'est-ce que la disparition de la communauté mentale ? Le Dr Trénel a déjà mis le monde français au courant de ces problèmes. Le Professeur Bumke s'écrie : « Que l'on n'aille pas consulter l'exposé des motifs et les procès-verbaux de la commission du Reichstag, pour y trouver la lumière ! Nulle part la clarté ne fait plus défaut ! » La formule du paragraphe 1569 redit des combats et des débats homériques. Elle enferme et autorise à son tour des interprétations contradictoires.

La disparition de la communauté mentale, dit le tribunal de Cologne, en mars 1901, « l'absence de la conscience des intérêts communs ne suffit pas ; il faut qu'il y ait mort intellectuelle, complète nuit mentale, donc un état dans lequel le malade ne ressent plus la séparation et où il ne peut plus être parlé que d'une existence animale ». Alors seulement cet état peut être considéré comme un motif de divorce. Ce jugement, d'ailleurs, fut réformé par l'instance judiciaire supérieure.

En 1903, le tribunal de Deux-Ponts, rendait un arrêt qui fit jurisprudence. J'en emprunte encore la traduction au Dr Trénel.

« La communauté mentale entre les époux se manifeste naturellement en première ligne dans le cercle des droits et devoirs nés du mariage, dans le concours conscient, dans la direction des intérêts communs de la famille et de chacun de ses membres. D'après les termes du rapport, la communauté n'existe plus si l'un des conjoints, à la suite de la maladie mentale, a perdu la faculté d'être conscient des intérêts, droits et devoirs communs, nés du mariage ; d'échanger des pensées raisonnables avec l'autre époux et de prendre une part intellectuelle à la vie de famille et aux intérêts qui y sont liés ».

Le tribunal de Colmar trouve la formule suivante :

« Un époux, dont les préoccupations, du fait de la maladie mentale, sont devenues à ce point étrangères à son conjoint qu'il ne peut plus collaborer avec lui à l'œuvre éthique qu'implique le mariage, est inapte à demeurer avec lui en état de communauté mentale. »

En mai 1905, le Tribunal d'Empire prononce :

« L'opinion (ou le sentiment) de l'époux aliéné n'entre pas en ligne de compte quand il s'agit d'apprécier le fait de la disparition de la communauté mentale entre les époux. »

La pratique judiciaire vise à l'extension du sens et par conséquent de la portée de l'article 1569. La jurisprudence a écarté définitivement l'interprétation rigoriste de la nuit mentale. La folie partielle, le délire systématisé qui évolue dans de certaines limites, avec une certaine spécificité de choix dans la haine, portée sur l'époux, ces formes-là légitiment le divorce. On n'exige pas de l'aliéné l'insociabilité absolue, la misanthropie sans bornes, l'inaptitude sur toute la ligne : Un jaloux peut être homicide, dans sa demeure, et galant tout au dehors.

Un persécuté peut être apte à traiter des affaires d'argent et n'en être pas moins indifférent aux intérêts de sa famille. La communauté mentale ne saurait exister dans ces cas-là.

On a renoncé à voir dans l'affirmation verbale de l'attachement et de l'amour, un critère et une preuve d'affection réelle. Certains juges, assurément hostiles au divorce, s'étaient contentés de cette affirmation !

D'autre part, la séparation des époux, pour cause d'internement, ne rompt pas *eo ipso* la communauté mentale. Il serait téméraire, en revanche, de conclure de la conduite d'un aliéné dans l'asile à sa sociabilité au dehors. H. Hoffmann qui fait cette remarque, insiste sur le caractère apaisant de l'existence plus régulière et plus impersonnelle de la maison de santé.

L'accord tend donc à se faire, après bien des oscillations, entre détracteurs et partisans du divorce, ou du moins, la jurisprudence tend à se fixer. La définition qui s'est imposée, en pratique, ou qui rallie la plupart des suffrages, touchant la communauté mentale entre époux, paraît être celle de Hoche : « Elle réside, cette *geistige Gemeinschaft,* dans la conscience, dans le sentiment et dans la manifestation des droits et des devoirs réciproques qu'implique le sens moral et profond du mariage. » La définition satisfait les conceptions de la psychologie tripartite ; elle envisage les trois aspects de l'âme: intelligence, sentiment et volonté. Il ne suffit donc pas d'une logorrhée sentimentale pour convaincre le juge allemand de l'amour que l'on porte à son prochain. Répondre: oui ou ouais, à qui vous demande si vous aimez vos enfants, cela ne signifie pas nécessairement que vous faites tout ce qu'il faut pour les entretenir.

La quatrième et dernière condition formulée par la loi allemande ne fait aucune mention de l'incurabilité. Elle n'exige que l'invraisemblance d'une perspective de rétablissement de la communauté mentale entre époux. Il est vrai que chacun peut interpréter, à sa manière, cette clause. Il y a des juges qui tentent d'y voir le pire, ou qui tendent à n'y plus rien voir du tout : sinon la nuit mentale. Bumke s'en afflige ; il se croit revenu aux errements du tribunal de Cologne et réclame à grands cris la lumière. Il ne sera pas dit que seuls les abrutis et les déments filtrent à travers la passoire du divorce ! Mais nombre d'aliénistes ne se sentent pas comme lui à l'étroit dans les textes. Encore une fois le réta-

blissement en question ne doit pas être impossible mais invraisemblable. La science ne prétendant nullement à l'absolu, le rôle de l'expert ne saurait être celui de l'oracle. L'espoir fondé qui escompte une intermission, exclut le divorce.

C'est, bien entendu, la démence précoce ou schizophrénie sous toutes ses formes, qui fait les frais de la plupart des divorces. L'épilepsie grave, les démences organiques, la paralysie générale fournissent un petit contingent. Les délires systématisés, jalousie, persécution, grandeur, donnent lieu à des jugements contradictoires, comme aussi la paranoïa *sensu stricto*. La manie et la mélancolie sont exclues des débats, sinon lorsqu'elles affectent ce type continu dit circulaire, comme dans le cas d'Artmann et dans le cas plus récent encore de Nothaas.

Il s'agissait d'une femme de gai caractère, mariée à l'âge de 24 ans. Un an après, à l'occasion de son premier accouchement, elle tombe dans une prostration physique et morale profonde. Un second accès se produit, aggravé d'un raptus mélancolique avec tentatives de noyade familiale. Survient peu après un troisième accès. De 1914 jusqu'en 1926, ce sont des oscillations continuelles de l'humeur, entre les deux pôles de la dépression et de l'exaltation. Les répits ne durent que quelques semaines. Alors, la malade écrivait à son mari des lettres pleines de sens et de tendresse; elle l'invitait même au divorce, et s'exprimait sur ce sujet avec toute la lucidité désirable. Le mari finit par suivre ce conseil et le divorce lui fut accordé, attendu que les intervalles de raison de l'intimée ne constituaient pas une guérison au sens propre et que leur brièveté contre-indiquait tout essai de sortie et rendait chimériques les tentatives de réadaptation à la vie familiale, de restauration de la communauté mentale, au sens juridique du mot.

Nothaas remarque à ce sujet que la justice allemande tend à tenir compte de plus en plus de l'opinion du conjoint sain d'esprit, vu qu'après tout, la loi a été faite également à son usage. On prendrait davantage en considération les raisons qui, du point de vue social, pourraient justifier de sa part la conclusion d'une union nouvelle, et le soustraire aux dangers d'ordre économique et moral que l'on devine. Il n'en est pas moins vrai que la folie maniaque-dépressive, selon la ter-

minologie allemande, ne conduit qu'exceptionnellement ses victimes au divorce.

Il règne encore une grande incertitude parmi les juges, au sujet de l'appréciation des constitutions psychopathiques, des anomalies graves du caractère, de ces demi-fous dont l'aliéniste est si souvent encombré. Parfois le tribunal prononce la dissolution du mariage, comme dans ce cas de folie morale, cité par Trénel, parfois non. H. Hoffmann s'en plaint dans ces termes: « De pareils malades peuvent faire de la vie de leur conjoint un véritable enfer. Il est urgent et indispensable de rendre le divorce facile dans ces cas. C'est affaire de simple équité. Or, les juristes ont grand'peine à reconnaître la disparition de la dite communauté mentale pour cette simple raison que les troubles intellectuels font souvent défaut dans ces divers délires. Le laïque ne considère guère comme une maladie le fait de la disparition des qualités morales, et c'est regrettable parce que c'est injuste et faux. »

Dirai-je un mot de l'alcoolisme ? L'intempérance habituelle est assimilée à la conduite immorale, *unsittliches Verhalten,* au sens d'un article 1568 et peut comme telle appeler sur elle le châtiment du divorce, à condition que l'intéressé soit reconnu responsable. Sinon, c'est l'article 1569 qui joue et le divorce est la sanction de la psychose. Au médecin de préciser le pronostic et de décider de l'avenir.

Il est de fait qu'un mouvement très énergique s'affirme en Allemagne, en faveur du conjoint sain, soit en faveur de l'extension du divorce. Gaupp de Tubingue, Mœli, Hasse, Näcke, beaucoup d'autres encore, Bumke, Schultze, Hoffmann, etc., travaillent à l'avènement d'une ère de libération plus complète. Gaupp se demande si le mariage est affaire de droit et de morale avant tout, ou bien un fait de biologie. S'agit-il de procréer ou de subir des lois ? Ne serait-il pas raisonnable de songer aux individus sains et non pas seulement aux malades ? La communauté mentale n'existe que dans le cas où l'un et l'autre conjoints fournissent des preuves tangibles d'une activité bienfaisante, efficace, utile au foyer comme à la progéniture.

Disons enfin que les tribunaux allemands recourent communément à un ou plusieurs experts, choisis parmi les spécialistes et non pas à n'importe quel praticien.

L'article 1583 statue que l'époux valide doit assurer l'entretien du conjoint malade, comme le ferait un conjoint déclaré seul coupable.

Cette disposition a été louée de toutes parts.

⁂

C. LE DIVORCE EN SUISSE

a) La législation

Le Code civil suisse qui nous régit depuis le 1er janvier 1912, contient les dispositions suivantes, relatives au divorce pour aliénation mentale.

Article 141 : Chacun des époux peut demander le divorce en tout temps pour cause de maladie mentale de son conjoint si cet état rend la continuation de la vie commune insupportable au demandeur et qu'après une durée de 3 ans la maladie ait été reconnue incurable à dire d'experts.

Article 143 : L'action tend au divorce ou à la séparation de corps.

Article 146 : Le juge est tenu, lorsqu'une cause de divorce est établie de prononcer le divorce ou la séparation de corps.

Il ne peut prononcer le divorce si l'action ne tend qu'à la séparation de corps.

Lorsque l'action tend au divorce, la séparation de corps ne peut être prononcée que si la réconciliation des époux paraît probable.

Article 156 : En cas de divorce ou de séparation de corps, le juge prend les mesures nécessaires, concernant l'exercice de la puissance paternelle et les relations personnelles entre parents et enfants, après avoir entendu les père et mère et, au besoin, l'autorité tutélaire.

Celui des parents auquel les enfants ne sont pas confiés, est tenu de contribuer selon ses facultés, aux frais de leur entretien et de leur éducation.

Il a le droit de conserver avec eux les relations personnelles indiquées par les circonstances.

Article 158 : La procédure en matière de divorce est réglée par le droit cantonal, sous les réserves suivantes :

1) Le juge ne peut retenir comme établis les faits à l'appui d'une demande en divorce ou en séparation de corps que s'il est convaincu de leur existence.

2) Le serment ne peut être déféré sur les faits ni à l'une ni à l'autre des parties et la même règle s'applique à l'affirmation solennelle tenant lieu de serment.

3) Les déclarations des conjoints, de quelque nature qu'elles puissent être, ne lient pas le juge.

4) Le juge apprécie librement les preuves.

5) Les conventions relatives aux effets accessoires du divorce ou de la séparation de corps ne sont valables que par leur ratification par le juge.

Article 159 : La célébration du mariage crée l'union conjugale. Les époux s'obligent mutuellement à en assurer la prospérité d'un commun accord et à pourvoir ensemble à l'entretien et à l'éducation des enfants.

Ils se doivent l'un à l'autre fidélité et assistance.

Telles sont les dispositions essentielles, en matière de divorce et d'aliénation mentale.

b) La statistique

Paul Ladame, père, a publié jadis, sur la foi des documents de notre Bureau Fédéral de Statistique, les données suivantes :

De 1891 à 1900, soit pendant 10 ans, il y eut 154 divorces pour aliénation mentale sur un total de 11.260, soit 1,36 0/0 et de 1901 à 1909, 217 sur 11.683, soit 1,85 0/0.

La loi d'alors datait de 1876 et mettait au divorce moins d'entraves que de nos jours. Il suffisait que la folie durât depuis 3 ans et qu'elle pût être déclarée incurable. Elle n'exigeait ni l'intervention d'un expert ni la condition requise plus tard.

Notre loi présente, vieille de 15 ans, est à la fois plus humaine et plus sévère. Mais la proportion des divorces psychiatriques ne s'est guère modifiée.

Je tiens du Bureau Fédéral de Statistique les données suivantes :

Divorces prononcés en Suisse de 1915 à 1925

1915	Total :	1.472	Pour folie :	32
1916	—	1.562	—	39
1917	—	1.640	—	39
1918	—	1.699	—	36
1919	—	1.977	—	33
1920	—	2.241	—	46
1921	—	1.979	—	53
1922	—	2.108	—	49
1923	—	2.005	—	33
1924	—	2.119	—	48
1925	—	2.223	—	27

En tout, 435 divorces psychiatriques sur un total de 21.025, en 11 ans, soit 2 0/0.

Il eût été intéressant de connaître la répartition de ces divorces, eu égard à la confession prédominante dans les cantons. Mais je n'ai pas été en mesure de satisfaire ma curiosité sur ce point-là. De nombreux témoignages m'avertissent de la répugnance des populations catholiques au divorce. Le Dr Garnier, de Zoug, n'a pas rédigé une seule expertise en cette matière depuis 5 ans. Le tribunal du district de Schwytz, du vénérable berceau de nos libertés, n'a pas prononcé un seul divorce pour aliénation mentale depuis 20 ans. Le Président du tribunal de la Sarine (Fribourg), m'écrit qu'il n'a connu que deux cas de divorce en 30 ans de carrière judiciaire; le diagnostic était juste, le pronostic d'incurabilité fut confirmé par les faits et les deux aliénés moururent dans l'asile. Repond, Voïta, dans le Valais et dans la Gruyère n'ont pas davantage l'occasion d'intervenir dans leur région. Toutefois, Soleure, ville catholique, connaît 4-8 causes de ce genre dans l'année.

Il n'existe pas davantage de statistiques spécifiant la nature des psychoses qui ont provoqué la dissolution d'un ménage.

Voici les chiffres que je recueille en dépouillant mes dossiers. Sur 85 cas de divorce dont j'ai pu me procurer le dossier médical ou judiciaire, je compte:

Epilepsie, 2 cas (2 femmes).

Manie, mélancolie, folie circulaire, 3 cas (2 femmes, 1 homme).

Imbécillité, oligophrénies en général, 3 cas (2 femmes, 1 homme).

Paralysie générale, 1 cas (1 homme).

Folies partielles: insanité morale, psychopathies, caractère anormal, 3 cas (2 femmes, 1 homme).

Démence précoce (catatonie, démence paranoïde, etc.), 73 cas (54 femmes, 19 hommes).

La schizophrénie représente le 85,5 0/0 des cas de divorce pour maladie mentale.

c) L'expertise

En Suisse, la certitude de l'expert fait la conviction du juge. Cet aphorisme se présente de lui-même à qui a interrogé beaucoup de juges et d'experts. Et cela tient au fait que les juges ne s'adressent qu'à des médecins compétents, qu'à des spécialistes en neuro-psychiatrie le plus souvent. Le juge commet à deux médecins le soin de l'examen du cas et du rapport judiciaire. Le Directeur, le Sous-Directeur, les médecins-assistants des Asiles cantonaux d'aliénés, tous médecins aux capacités reconnues, sont le plus souvent sollicités à cet effet. Des praticiens de la ville et de la campagne, versés dans les questions de psychiatrie, sont également conviés à ces tâches. Des deux experts, l'un au moins est quasi toujours un spécialiste.

Ils ont à constater l'existence ou l'inexistence des conditions requises par le code. Il est à remarquer à ce sujet que maints tribunaux ne formulent pas la question relative à la condition de la vie insupportable au conjoint. Peut-être ont-ils raison car c'est au juge, proprement, à trancher cette question-là, après avoir pris connaissance de l'ensemble de la cause. Le médecin répond aux trois questions de son ressort et de sa compétence: maladie mentale, durée, pronostic; le juge décide du quatrième point. Mais certains tribunaux, le plus grand nombre, posent au médecin cette quatrième question et il faut admettre que c'est le signe d'un doute dans l'esprit du juge qui sollicite l'éclaircissement du médecin.

Il est certain que le magistrat multiplie, s'il le juge bon, les questions à l'expert et les nuance à son gré. Nul schéma ne

les limite; le bon sens et les scrupules d'une droite conscience les inspirent. A relire les rapports et les jugements, j'ai la certitude que nos juges sont soucieux d'allumer leur lanterne et d'éclairer consciencieusement les débats. Je ne pourrais citer aucun jugement, parmi ceux que j'ai pu lire, qui ne règle avec sollicitude et sérieux les situations matérielle et morale des conjoints qu'il disjoignait.

Je le répète, les dires de l'expert fixent presque toujours la décision du juge.

Si l'aliéné est l'hôte d'un asile officiel, ce sont en général les médecins de l'établissement qui l'expertisent. Sinon, des médecins de la ville procèdent à l'examen. Les tribunaux fixent à leur gré cette procédure et arrêtent pareillement leur choix sur qui leur semble sûr. Les rapports représentent généralement des études approfondies et fouillées. Il m'a paru que les juges de la Suisse allemande aimaient à feuilleter des rapports volumineux. Je dénonce les médecins zurichois comme les plus prolifiques des rapporteurs; 40, 60, 80 pages épuisent à peine leur verve prodigieuse et leurs scrupules. Les médecins vaudois pourraient bien être parmi les plus sobres, ou les plus stériles !

Examinons maintenant les 4 conditions contenues dans l'article 141 et les problèmes qu'elles soulèvent.

d) La maladie mentale

Ce terme n'est heureusement pas défini dans le code. « Moins un code a de définitions, m'écrit M. le Juge Bersot, de Fribourg, meilleur il est, car il peut suivre les développements de la science sans changer ». Je partage cette opinion. Notre code civil, œuvre admirable d'un grand juriste, M. Eug. Huber, a bien fait de ne pas reprendre les termes de la terminologie juridique napoléonienne, l'imbécilité, la démence et la fureur. Comme l'écrivent MM. Virgile Rossel et Mentha, dans leur *Manuel de Droit Civil Suisse*, « il est préférable de renoncer à toute définition et d'abandonner aux psychiatres le soin d'éclairer les juges ».

En fait nos tribunaux sont restés dans les limites d'une psychiatrie très prudente. On a vu plus haut qu'ils ne divorçaient guère que des schizophrènes déments ou près de l'être (85,5 0/0). C'est à peine s'ils libèrent par-ci, par-là quel-

que conjoint, des chaînes qui le rivaient à quelque être abruti ou hargneux. Il y a lieu de signaler que la loi divorce parfois, je l'ai dit plus haut, les conjoints de demi-fous, de mauvais caractères, de psychopathes schizoïdiens, d'amoraux, de tous ces déséquilibrés, originaux, excentriques dont le grand Régis a fait voir devant le tribunal de Bordeaux, dans une expertise restée fameuse, l'ambiguïté médico-légale; ni totalement responsables, ni susceptibles d'internement, leur maîtrise relative, encore appréciable, les place au-dessus et en dehors des aliénés complets. En France donc, un de ces individus encourt la sanction du divorce, parce qu'il n'est pas irresponsable; en Suisse, nous le divorçons parce qu'il est disculpé comme aliéné. Du moins dans nos deux pays, les liens de telles unions ne sont-ils heureusement pas indissolubles.

De l'aveu de tous et par un consentement que le bon sens et l'humanité font unanime, manie et mélancolie ne justifient le divorce que dans les cas heureusement très rares où les accès se succèdent avec une implacable rigueur.

A la vérité, les oligophrénies, comme les troubles congénitaux, rendent le mariage annulable. Si parfois elles donnent encore lieu à des jugements en divorce, c'est qu'il s'ajoutait quelques éléments nouveaux à l'ancien état de choses, ou que l'imbécillité, tolérable chez un célibataire, s'affole ou s'aggrave parfois en ménage.

L'alcoolisme est moins souvent justiciable de l'article 141 que de l'article 142, à moins qu'il ne soit qu'un symptôme de maladie mentale.

« Chacun des époux peut demander le divorce lorsque le lien conjugal est si profondément atteint que la vie commune est devenue insupportable ».

Si la désunion est surtout imputable à l'un des conjoints, l'action ne peut être intentée que par l'autre. La plupart des cantons ont édicté à l'usage de leurs buveurs, des lois particulières dans le détail desquelles je ne saurais entrer ici.

L'intempérance des toxicomanes n'a donné lieu qu'à des expertises rarissimes, en vue de divorce. C'est plutôt à l'article 142 que l'on s'en réfère, paraît-il. Le professeur Maier, de Zurich, recommande l'extension à cette catégorie de jouisseurs ou de victimes, des lois qui sévissent contre les alcooliques.

e) La vie insupportable au demandeur

« Ce que cette expression signifie, dit Bleuler, cela ne se laisse pas aisément définir. Le sens en varie avec les conceptions locales et sociales. Au médecin, dans un cas donné, à montrer pourquoi cette condition est ou n'est pas remplie. Le juge ne doit pas seulement, en effet, décider de la réalité de la maladie, sur la foi de l'expert, mais aussi de son degré. La condition est remplie, lorsque le lien conjugal est profondément atteint » et Bleuler cite Egger dont le commentaire sur le Code civil est si hautement apprécié en Suisse: « La vie affective doit être prise tout particulièrement en sérieuse considération, eu égard à la nature du mariage. Si le malade n'est plus en état de communiquer dans un chaleureux échange avec les sentiments de son conjoint, la vie commune est alors réputée insupportable à l'époux resté sain ».

MM. Vigile Rossel et Mentha nous suggèrent encore à ce sujet les remarques de leur longue expérience: s'adressant particulièrement aux juges, ils écrivent: « Il ne suffit pas que le demandeur manifeste un sentiment de satiété morale, si l'on peut dire, il faut encore que le juge ait subjectivement la conviction qu'elle est justifiée. Le juge, en présence des faits, consultera son expérience de la vie, et sa conscience juridique. Même si le lien conjugal est profondément atteint, la continuation de la vie commune serait-elle pour les conjoints (se demandera-t-il) un sacrifice que ne peuvent compenser tous les intérêts dépendant de leur union ? Est-ce que la question se pose ainsi pour eux, se demande-t-il encore; tout, même l'incertitude sur l'avenir et sur le sort des enfants, même la lutte pour l'existence et la misère s'il le faut, tout plutôt que l'enfer de notre mariage ! Selon que le juge répondra oui ou non, il prononcera ou ne prononcera pas le divorce ». Les auteurs font remarquer en outre, le sens un peu divergent mais plus clair du texte italien de notre code: *« Quando le relazioni coniugali saranno cosi profondamente turbate e scosse che non si possa ragionevolemente esigere da essi la continuazione dell'unione coniugale »*.

Quoi qu'il en soit, je préfère l'expression concrète de l'article 141 du Code Civil Suisse à l'abstraction allemande de la Geistige Gemeinschaft. C'est aussi, je crois, l'opinion de la plupart de nos confrères de la Suisse allemande, qui sont

parfois appelés à rédiger des rapports médico-légaux pour les tribunaux d'Outre-Rhin. Bumke, en Allemagne, est du même avis.

M. Robert Semelaigne, dans sa thèse sur le Divorce et l'Aliénation Mentale, réclame une définition de l'aliénation mentale légale. « Les Allemands, dit-il, tournent la difficulté en accordant le divorce quand a disparu la communauté mentale, les Suisses, quand la vie commune est devenue impossible. » Mais n'est-ce pas là, dans les deux cas, une manière de s'en tirer plus pratique qu'une théorie ou qu'une définition ?

Voici, à titre d'exemple, un cas de folie à double forme ayant conduit au divorce, avec quelques considérants du tribunal sur le caractère intolérable de cette union.

P. L... Père hypocondre, mère mélancolique suicidée, un frère enclin à la tristesse et à la persécution.

A partir de 25 ans, change de manière d'être. Instable, irréfléchi, change de place et accepte à l'étourdie des situations qu'il ne peut pas raisonnablement occuper, faute de compétences. Vers 32 ans, phase de délire, dit délire de grandeur. Il se croyait en relations avec des notabilités, soutenu par leurs recommandations, etc. Nerveux, excité, dépense exagérément. Fiancé dans ce temps-là. Suivent plusieurs années d'allées, de venues, d'entreprises ratées, à vau-l'eau, sur le compte d'un héritage très modeste. Cela va jusqu'à la ruine. Viennent indélicatesses et abus de confiance : L. entreprend des voyages sous de faux noms, fait des achats inconsidérés, trompe sa femme, part en voyage avec une sommelière à qui il fait force cadeaux et prétend l'introduire à la maison. Il injurie sa femme quand elle n'est pas d'accord et parle de divorce après 6 ans de submanie. Une dépression commence sur ces entrefaites, en 1921. L'an suivant, il est mis sous tutelle, à la suite de plaintes portées contre lui. Nouvelle période d'excitation, après quelques mois de répit, en automne 1922. Interné à B., il offre le spectacle de la manie classique. Renvoyé en mai 1923, il est plutôt paresseux et irrésolu. Dans une nouvelle place, il se fait remarquer par sa lenteur et sa négligence. En octobre de la même année, il déploie une arrogante mauvaise foi en affaires, vaniteux et effronté. Réinterné en septembre 24, il demeure dans un asile d'Etat, jusqu'à ces jours. Il se trouve présentement en état de dépression.

Je détache quelques lignes du rapport des experts :

« En dépit de la compréhension très large et de la patience très grande que l'épouse n'a cessé de manifester à son mari, en

dépit même des sentiments d'amour qui lient le malade aux siens, la vie de famille a été profondément affectée par les multiples récidives de la maladie mentale du sujet. Ses entreprises extravagantes ont épuisé sa fortune. Il en venait, dans ses phases d'excitation, à oublier à ce point sa famille, qu'elle demeura plus d'une fois dans le dénuement ; des parents durent alors assurer son entretien. Il a commis adultère. Dès 1922, la vie conjugale n'était plus qu'un souvenir. Dans ces conditions, une vie de famille régulière, paraît à l'avenir impossible. Père ou époux, ensuite de sa psychose, L. n'est plus à la hauteur de ses obligations. Depuis des années, l'état mental de L. est à ce point pathologique que l'on ne saurait raisonnablement demander à l'épouse de continuer à vivre sous le régime matrimonial avec son mari.

Et telles furent les conclusions :

P. L. est atteint depuis 1915, de folie maniaque-dépressive, avec quelques traits schizophrènes. Cette affection remonte ainsi chez lui à plus de 3 ans en arrière.

La maladie mentale de P. L. est incurable.

f) La durée de trois ans

De l'aveu de la plupart des aliénistes de la Suisse et de l'étranger, ce terme décide en général du pronostic. Une maladie mentale qui n'est pas guérie ou qui n'évolue pas nettement vers la guérison passé 3 ans, est selon toutes vraisemblances, définitive et par conséquent incurable.

Devant nos tribunaux suisses, la maladie mentale ne débute qu'au moment où elle est indiscutablement constituée. Les prodromes tels que la nervosité, la singularité, la tristesse, etc., n'étant pas assimilés au processus, ne sont pas compris dans le triennium.

En outre, l'affection doit avoir évolué de manière continue. Les rémissions ne sont pas déduites de sa durée. Ce ne sont que les entr'actes d'une pièce. Les intermissions en revanche comptent comme guérison.

Notre plus haute Cour de Justice, le Tribunal Fédéral, à Lausanne, vient de rendre un arrêt qui modifie sur ce point la jurisprudence établie. Non seulement le délai de 3 ans ne court pas avant la constitution de la maladie, mais elle ne serait reconnue comme telle que dès le temps qu'elle a rendu la vie insupportable à l'autre conjoint. Il s'en suit que non seulement les prodromes sont retranchés du compte de la

durée, mais que même les formes légères de l'aliénation mentale n'entrent plus en ligne de compte dans l'estimation du délai de trois ans. Il faut que trois ans durant l'époux supporte l'insupportable.

L'arrêt en question ajoute quelques considérations d'importance. Le délai ne saurait être compté à partir du moment où l'incurabilité paraît établie. Passé trois ans de tourments conjugaux, il suffit que l'incurabilité paraisse non pas même certaine mais éminemment vraisemblable pour que le divorce intervienne. Enfin, la durée de 3 ans ne saurait comprendre le temps des démarches judiciaires. Il n'est pas admissible qu'un conjoint adresse une plainte en divorce quelques mois avant l'expiration du fatal délai sous prétexte de ne pas perdre le temps requis par l'expertise et le jugement.

g) L'incurabilité

J'ai dit plus haut que les tribunaux suisses demandent l'avis de deux experts. Le mot d'experts est au pluriel dans le texte. Un seul expert ne suffit qu'en cas d'interdiction pour maladie mentale.

L'incurabilité ! nous y voilà, devant cet épouvantail dressé par la nature dans le champ de nos discussions, le mot qui sous sa pédanterie abstraite et froide cache tant de choses ! Tous les esprits l'évoquent, les plus chaleureux et les plus lucides, lorsqu'il est question de folie et de divorce. Mais vais-je vraiment vous entretenir à mon tour du problème de la curabilité des psychoses, répéter des assertions de jadis et d'hier et ajouter mon ignorance à l'incertitude universelle ? Non. Je n'étudierai pas ici le problème des guérisons tardives, ni la question des critères d'un bon pronostic, en psychiatrie, ni celle des concepts de maladie et de processus, je ne ferai rien de tout cela pour cette raison bien simple que cela n'appartient pas à mon sujet. J'en dirai seulement ce qui est indispensable à mon exposé comme à ma démonstration.

Il y a en Suisse, comme partout dans le monde, des cas de folie qui ne se sont jamais amendés. On les appelle incurables par une sorte d'empiètement du passé sur l'avenir, par une extension de l'espèce au genre. Le malheur de quelques cas de schizophrénie fait la réprobation qui pèse sur tous les autres. Personne ne dispose du critère infaillible pour l'établissement

du pronostic d'une maladie mentale. Le signe diacritique sûr, la pierre de touche, le détecteur idéal nous font défaut. Cependant les expertises vont leur train, les conclusions se formulent et les divorces sont jugés et les experts et les juges de mon pays ne connaissent, que je sache, ni l'insomnie ni les remords qui doivent assaillir l'auteur d'une iniquité dans toute vie qui se respecte.

C'est que le législateur suisse a bien fait les choses. Il fixe 4 conditions au divorce : trois sont du domaine de la psychiatrie et c'est à l'aliéniste qu'il appartient de les juger ; le médecin soumet alors son opinion documentée et motivée au juge auquel et auquel seul échoit la tâche de porter un jugement sur l'ensemble de la cause, en statuant sur la condition 4e et dernière à savoir sur la question « de la vie insupportable au demandeur ».

L'aliéniste ne se substitue nullement au juge, s'il est vrai qu'en général le magistrat fait confiance au médecin. Le psychiatre n'a pas à trancher la question qui ne se pose qu'à la conscience du seul arbitre. Dans son domaine, il a toute latitude et toute liberté. Il choisit ses termes et les dose. La loi n'exige pas la certitude, positive ou négative. Elle admet tous les degrés de l'assurance, de la vraisemblance et du doute. La plupart des médecins usent de circonspection dans l'énoncé de leur pronostic. « Il nous paraît vraisemblable d'admettre,... nous nous croyons autorisés à... nous estimons, sans prétendre à la certitude... » Souvent aussi, le praticien avertit le juge de son distinguo : il y a guérison vraie, psychologique, et guérison sociale ou amendement, compatible avec la vie hors de l'asile, aptitude à gagner son pain. L'expert détermine la nuance dans le cas qui l'occupe. En fait, le praticien peut sauvegarder tous les scrupules qui l'honorent ; au juge à trancher.

J'ai dit que parfois le juge demande son avis au médecin sur la question 4. C'est sans doute alors que l'avis du psychiatre n'est qu'un élément d'information de plus à l'usage des juges très consciencieux.

On a vu plus haut quelques données relatives à la nature des maladies jugées le plus souvent incurables. La schizophrénie fait presque tous les frais des procès. Est-ce à dire que l'on considère cette affection comme essentiellement incurable ? Pas le moins du monde. Nulle part moins qu'en

Suisse, berceau de la Schizophrénie ! cette opinion n'a cours. Morgenthaler, Repond, bien d'autres encore s'indignent de tout propos défaitiste dans le traitement de la maladie majeure. Morgenthaler, plus royaliste que le roi, trouve Bleuler lui-même trop pessimiste ! Tout le monde s'accorde à concevoir la complexité des facteurs et des éléments qui font la schizophrénie, le rôle parfois décisif de l'ambiance et des circonstances dans l'éclosion et dans le développement de cette psychose, l'utilité et l'efficacité d'un traitement. Sans vouloir enchérir sur l'opinion courante et me singulariser par le paradoxe, je dirais même que nulle affection ne commande une telle participation d'énergie et d'intérêt de la part du médecin en faveur de son malade, et nulle ne récompense autant par l'évidence des succès. Mais je ne songe pas ici à l'hébéphrénie ! Je pense à cette foule de schizophrènes, en dehors de ce noyau de déments qui se fige et qui s'enkyste dans nos asiles, à cette clientèle flottante des médecins et des maisons de santé publiques et privées, dont l'apparition, l'internement peut-être, la sortie ne sont qu'épisodes éphémères au cours d'une existence souvent mouvementée et utile au dehors. Ils viennent quérir l'aide du médecin, parfois contre leur gré en apparence, l'air rechigné, boudeur ; ils viennent faire panser les blessures de leur âme vulnérable et s'en vont cicatrisés, jusqu'à la prochaine éraflure. Tout aliéniste sait et voit cela. Mais il est certain que la démence précoce s'avance parfois d'un tel cours que les esprits qu'elle visite demeurent pareils à un pays ravagé par un cyclone. Un délai de 3 ans permet à la maladie de parachever son œuvre de dégradation totale, au point que nul doute et que nuls vestiges ne restent debout.

J'ai interrogé un grand nombre de spécialistes, catholiques et protestants, dans les 3 Suisses. Presque tous louent la sagesse qui inspira, qui dicta la loi sur le divorce. Quelques-uns font des réserves sur son application. Je les citerai plus bas, exception faite des seuls scrupules religieux. L'homme de science et de conscience ne connaît jamais la certitude absolue. La foi, dans le champ de la science, n'en serait que l'illusion. Mes confrères suisses, qui ne doivent pas être beaucoup plus pervers que l'Homme en général, concluent sans remords à la vraisemblance de l'incurabilité, en de certaines conjonctures.

Il y a un moyen, je ne dis pas bien simple, mais bon, de

juger de la valeur de leurs expertises. J'ai recueilli 85 dossiers de divorces anciens, remontant la plupart à quelques années en arrière. Examinons ce que sont devenus ces incurables, ou ces fous pronostiqués tels. Il s'agissait donc de 73 schizophrènes, 2 épileptiques, 3 circulaires, 3 oligophrènes, 1 paralysie générale, 3 psychopathes constitutionnels divers, 61 femmes, 24 hommes.

Est-ce à dire que l'homme se défait plus volontiers de sa compagne, qu'Eve ne le fait d'Adam ? Ce serait aimable à dire mais je crains que les considérations économiques ne jouent aussi leur rôle dans l'endurance des femmes à supporter leur mari malade. C'est le cas lorsque les maris quoique aliénés gagnent encore le pain des enfants.

La maladie mentale a duré en moyenne, dès ses débuts, jusqu'au jour du rapport d'expertise, 5,4 années. Exactement, 4,9 dans le cas de maladie de l'épouse, 6,4 dans le cas contraire.

De ces 85 personnes que les médecins ont déclarées incurables, 68 sont demeurées dans l'état où l'expert les trouva ; la plupart sont encore dans l'établissement de leur collocation primitive. L'expertise remonte à 1 an en arrière pour 6 d'entre elles, à 2 ans pour 5, à 3 ans pour 9, à 4 pour 10, à 5 pour 3, à 6 pour 4, à 7 pour 2, à 8 pour 3, à 9 pour 6, à 10 pour 3, à 11 pour 4, à 12 pour 4, à 13 pour une, à 15 ans pour 2, à 16-17 ans pour une, à 19 pour 3, à 20 pour la dernière.

Ce groupe écarté comme incurables confirmés, sans ambages, il reste 17 aliénés à reprendre. Je n'ai pu obtenir aucun renseignement sur l'un d'entre eux. Cela fait 16. Voici quelques mots sur eux :

1) Un homme schizophrène depuis 1904, divorcé en 1907, a quitté l'asile quelques mois après le jugement. Il gagna sa vie pendant 12 ans, et songeant à convoler en justes noces pour la seconde fois, réclama d'un médecin un certificat de guérison. L'enquête établit qu'il n'était pas guéri et anéantit les projets du pauvre hère. Guérison partielle.

2) Un psychopathe débile, instable et amoral, demeuré 4 ans encore après son divorce dans une maison de santé. Il en sort pour commencer une existence fort médiocre. Retombé dans les difficultés et les expédients, il est réinterné par sa famille et demeure dans un hospice.

3) Femme sch. améliorée deux ans après son divorce, rentre dans sa famille. On la dit incapable de suffire à ses besoins. Mais elle vit d'une existence calme, indifférente au passé comme à l'avenir. Demeure affectionnée à son enfant. Guérison sociale ou partielle.

4) Schizophrénie. Un homme sort de l'asile et le bruit de sa guérison s'établit, après un internement de 6 ans. Réinterné après quelques années, on se rend compte qu'il s'agissait d'une amélioration légère qui l'a laissé exactement comme il est encore... à l'asile.

5) Femme faible d'esprit. Ayant épousé un chenapan, elle s'affole. Internée et divorcée, elle se remet et vit au dehors. Pas d'enfants.

6) Schiz. à forme paranoïde ; libre quelque temps après son divorce, elle travaille et suffit à ses besoins. Calme, sombre, indifférente à son ancien mari, demeure assez cordiale avec ses enfants d'ailleurs bien élevés par le père. Type de la guérison sociale.

7) Catatonique nourrie à la sonde pendant des mois, divorcée après 3 ans et plus, de maladie mentale. Quitte l'asile améliorée et vient un beau matin souriante faire une visite à l'expert qui l'a déclarée incurable. Ne manifeste aucun regret du divorce et n'en fait aucun reproche au médecin, mais elle se plaint que son ex-mari « monte la tête contre elle à ses enfants ». Au jugement de son entourage, elle n'est pas normale ; manque de toute initiative, serait complètement incapable d'élever sa famille, « une bonne bête, apte aux besognes subalternes ». Elle paraît nourrir quelques idées de jalousie à l'égard de son ancien mari et conte au pasteur des histoires qui lui font une impression d'étrangeté (guérison sociale).

8) Un homme sch. La guérison du type « social » est intervenue après quelques années, le divorce étant chose faite. Depuis 2 ans, il gagne sa vie sans faire parler de lui.

9) Divorcée en 1923, cette femme avait présenté 3 accès de catatonie avant le mariage, et n'en avait soufflé mot au fiancé. Divorce motivé par cette obreption. Depuis lors, deux accès catatoniques encore. Elle vit en donnant des leçons, en se tirant d'affaire. Ce cas est un fait de fraude matrimoniale et ne rentre donc pas dans la catégorie des divorces-type.

10) Divorcée en 1918 après 3 ans de sch. jugée incurable, cette dame est restée 5 ans encore à l'asile et après plus de 8 ans de maladie, elle offre le spectacle d'une guérison remarquable, jugée quasi complète par l'expert lui-même. On pourrait parler ici de guérison vraie !

11) Divorcée en 1923, pour sch., après 6 ans d'internement, cette personne gagne sa vie, en situation, dans un pays étranger, et se comporte comme une personne normale et réservée. Guérison.

12) Epoux de la fille d'un vannier ambulant, et vannier lui-même, ce nouveau Vincent, qui n'a rien des héros de Mireille, menace de mort sa compagne, s'assombrit et s'affole. Divorcé comme pyschopathe schizoïdien, il se félicite de cette rupture et reprend sa vie itinérante, seul. Pas d'enfants. Le mariage fut un épisode et une « gaffe ».

13) Divorcée après de longues années de mariage que son caractère insupportable rendait... insupportable au conjoint, cette mégère sch. attente par deux fois à ses jours. Demeure assez affectionnée à son ex-mari qui lui témoigne encore des égards, et à ses enfants, mais on la peint sombre et passive, certainement anormale.

14) Femme sch. divorcée après 4 ans de maladie. Libre depuis 3 ans, elle vit indifférente et passive, sans délire apparent, mais bizarre. Guérison partielle.

15) Un sch. atteint de maladie depuis plus de 20 ans, divorcé, vit seul, gagne sa vie et ne s'intéresse plus à sa progéniture. Décédé 8 ans après le divorce, en pleins travaux des champs. Guérison partielle.

16) Cet homme sch. s'est évadé il y a un an de l'asile dans lequel il était demeuré semblable à lui-même.

J'ajoute que les trois cas de folie circulaire sont restés stationnaires en sorte que l'avenir n'a pas démenti le pronostic fait par les médecins.

Je livre ces faits à la méditation de mes confrères. Les uns y verront la démonstration de l'excellence d'une loi qui libère sous nos yeux 68 personnes de leurs conjoints incurables, les autres retiendront les seuls cas 1, 3, 6, 7, 8, 10, 11, 14 et 15 et parleront de 9 guérisons sur 85 divorces, démentant 1/10 des jugements des experts. Le tout est de s'entendre: si nous parlons de guérisons sociales ou partielles, de ces guérisons déficitaires, *Defektheilungen,* qui ne restituent

pas l'intégrité primitive, fût-elle elle-même un peu pathologique, distinguons-les des guérisons au sens vrai. C'est l'indifférence qui spécifie la guérison partielle ou simple amendement. Car il s'agit bien d'un amendement et non d'une correction, au sens synonymique de ces deux mots. Le schizophrène guéri participe à nouveau à la vie, comme il faisait autrefois. Le sch. amendé demeure bizarre, non seulement renfermé, sombre, mais indifférent, presque étranger, du moins étrange. Et ce n'est pas le souvenir amer des souffrances matrimoniales, le regret d'un divorce et d'une dislocation du cœur, qui justifient cette réserve triste, bien mieux ce n'est pas la tristesse dont ces déficits nous présentent l'image, c'est le tableau d'un autisme plus opaque ou plus compact, isolant. Mais tout le monde s'entend là-dessus.

Voici toute ma pensée à ce sujet :

Je crois, avec plus d'un de mes confrères, que la schizophrénie est, par essence, inapte à la vie à deux, au mariage, *exquisit eheunfähig* (Dr Bertschinger, de Schaffhouse). Son excessif autisme implique toutes les barrières et tous les obstacles à l'expansion. C'est la palissade autour de l'enclos du moi. Faute de perspicacité (mais ce n'est pas une faute morale !), il se trouve des individus de cette sorte, des candidats à la schizophrénie, pour rêver de mariage, et des individus de sexe contraire pour les y convier. Cette union conclue, il y aura toujours quelque chose de pourri dans le royaume. La Fatalité, comme une mauvaise fée, s'acharne à sa dissolution. Ou le cas est grave et la démence s'épaissit promptement: le divorce ne saurait altérer un pronostic par lui-même abominable, mais il affranchit un conjoint ; ou bien le cas est léger, et alors le divorce, en isolant le malade, le débarrasse des liens symboliques ou réels du mariage qui lui sont plutôt filets, chaînes et garrots ; il le soustrait à la promiscuité de la vie à deux, il le libère de sa contrainte et de ses obligations, il l'allège du poids des concessions nécessaires, il lui rend à son usage l'attrait et la sympathie que le schizophrène a tant de mal à fixer sur autrui. En un mot, le divorce est un bon remède contre la schizophrénie, en état de mariage. Certains cas s'amendent aussitôt après la rupture ; d'autres schizophrènes, semblables à des hérissons circonspects, ne déroulent les piquants de leur âme en boule que des mois après, ou des années. On dirait que la solitude et le silence

de l'internement les rassurent. Ils se reprennent à vivre dans des attitudes normales, quitte à ne jeter sur le monde que des regards furtifs, des coups d'œil à la dérobée. Les aliénés qui succombent au mariage incombent au divorce, pourrait-on dire. L'un les blesse, l'autre les panse. Le divorce a une vertu thérapeutique.

Aussi, loin de proclamer la faillite de la psychiatrie et la honte de ses suppôts, les guérisons tardives illustrent de la manière la plus heureuse et la plus éclatante l'efficacité du divorce en pareils cas.

Je suis si pleinement convaincu de la vérité de cet apparent paradoxe que je n'hésite pas à m'élever contre l'erreur de la condition de l'incurabilité, dans notre code.

Telle est, en France, entre autres, l'opinion de Clérambault. Pour lui, l'incurabilité ne doit pas être prise pour un critère, car l'aliéné socialement guéri est, pour la société, plus dangereux que le malade interné. Delasiauve a déclaré que l'incurabilité était pour lui la partie la moins importante du problème. MM. Juquelier et Fillassier, et le Dr Lucien Graux insistent sur l'insociabilité et non sur l'incurabilité des aliénés, dans la question du divorce.

On a tort, je crois, en Suisse, de n'accorder le divorce qu'aux Incurables Cette mesure est utile à leurs conjoints, sans effet appréciable sur les malades. Dans les cas de schizophrénie plus légère, le divorce, en contentant l'un des époux, profiterait à l'autre. Il rendrait la liberté au conjoint sain, la santé au malade. Aussi ne doit-il être en rien considéré comme une sanction punitive, mais comme une mesure en faveur de l'un et l'autre époux; à condition qu'un époux le réclame, cela s'entend toujours.

La loi allemande surpasse, sur ce point, en sagesse, notre code suisse. Elle ne réclame pas la mort du pécheur, l'assurance de son incurabilité définitive: elle se borne à demander l'exclusion de toute perspective de rétablissement de la communauté mentale entre époux.

Je voudrais, sur la foi de mon expérience, biffer cette clause de l'incurabilité et récrire l'article 141 comme suit:

Chacun des époux peut demander le divorce en tout temps, pour cause de maladie mentale de son conjoint, si cet état dure depuis trois ans, à dire d'experts, et rend la continuation de la vie commune insupportable au demandeur.

h) Le sort du conjoint et de la progéniture

Je ne puis entrer dans le détail de la procédure, cantonale, des tribunaux. Je n'en signale que l'essentiel:

Article 152. — Le juge peut accorder à l'époux innocent, qui tomberait dans le dénuement par suite de la dissolution du mariage, une pension alimentaire proportionnée aux facultés de l'autre conjoint, même si ce dernier n'a pas donné lieu au divorce.

Article 156. — En cas de divorce ou de séparation de corps, le juge prend les mesures nécessaires concernant l'exercice de la puissance paternelle et les relations personnelles entre parents et enfants, après avoir entendu les père et mère et, au besoin, l'autorité tutélaire.

Celui des parents auquel les enfants ne sont pas confiés est tenu de contribuer, selon ses facultés, aux frais de leur entretien et de leur éducation.

Il a le droit de conserver avec eux les relations personnelles indiquées par les circonstances.

Les choses se passent généralement ainsi:

L'aliéné est représenté par un tuteur ou curateur *ad hoc*, devant les tribunaux. Parfois les parties ont réglé à l'amiable la question de leurs intérêts. Le juge homologue leur convention quitte à la modifier dans le sens de l'équité, s'il le juge nécessaire. Si les parties ne se sont pas entendues auparavant sur ce point, le juge décide.

Le divorce n'est pas prononcé habituellement aux torts de l'aliéné, mais cela arrive. Entendons-nous bien: en règle générale, l'aliéné n'est pas assimilé à l'époux coupable. Il arrive toutefois que certains individus, schizophrènes légers ou schizoïdiens, pour me servir de la terminologie de Kretschmer, sont tenus pour fautifs, par nos juges, lorsqu'ils ont abandonné leur famille, par exemple, sans se disculper par des manifestations de folie évidente. Ces faits, en vérité, demeurent exceptionnels. J'estime qu'ils constituent une interprétation erronée.

Règle générale, chacun des époux reprend son patrimoine personnel, quel qu'ait été le régime matrimonial. Les frais du procès sont « compensés », « chacun garde ses frais », comme

disent nos procès-verbaux d'audience, chacun supporte ses frais et dépens. Parfois les frais sont mis à la charge du demandeur, beaucoup moins souvent à la charge de la défenderesse ou du défendeur, fût-il aliéné. Cela dépend de la situation de fortune des époux. Par exemple, un mari, sain d'esprit, divorce d'une catatonique: le mari, tuberculeux, est soigné aux frais de l'Assurance Militaire depuis des mois ; les frais sont mis à la charge de sa femme qui n'est pas sans quelque fortune tandis que le mari, auquel incombe le soin et le souci de l'éducation des enfants et de leur entretien, ne possède rien et ne gagne que son indemnité journalière de malade, ce qui à vrai dire ne s'appelle pas gagner sa vie. Les tribunaux examinent très sérieusement les bilans de ces liquidations et me paraissent tenir compte avec humanité des contingences, en faveur des deux conjoints.

Au reste, les parties bénéficient de la gratuité de l'assistance judiciaire, si elles font la preuve de leur indigence.

Les enfants sont attribués au conjoint sain d'esprit. S'il est patent que le conjoint sain d'esprit ne présente pas les qualités requises, le tribunal nomme un tiers, sur la proposition des conjoints ou de leur représentant. Le mari d'une femme aliénée s'est désintéressé à ce point de ses enfants qu'il ne les a vus qu'une seule fois en un an. Le juge attribue la puissance paternelle à un parent recommandable.

Les tribunaux décident souvent de procéder à une instruction complémentaire sur l'état de fortune des parents ou sur leurs qualités morales, s'ils estiment que l'attribution des enfants ou la question des frais soulèvent des difficultés inattendues. Ils opèrent alors la disjonction du jugement en divorce et de la sentence, différée, sur son effet et ses conséquences. Ils fixent le montant de la pension mensuelle ou annuelle à verser au conjoint chargé des enfants ou à son substitut.

Le juge *peut* allouer une pension alimentaire à l'époux aliéné tombé dans le dénuement. Il le fait en règle générale, mais non pas toujours et cela se conçoit. (Voilà qui fera pousser les hauts cris aux détracteurs du divorce !). C'est qu'il advient que les conjoints sains d'esprit ne soient pas en état de subvenir à la pension de l'époux malade et des enfants. Tel est le cas pour une femme chétive, demeurée seule avec 3 marmots par exemple. On sait qu'en Suisse, ce sont les

communes qui pourvoient à l'entretien de leurs ressortissants tombés dans le besoin. C'est alors à la commune d'origine de l'époux divorcé qu'incombe cette obligation matérielle. Il est certain que le désir de se défaire de cette charge entre parfois dans les considérations du conjoint qui demande le divorce. Quelque regrettable que cela soit, dit Bleuler, les avantages du divorce surpassent encore ses inconvénients.

Pareillement, il est de règle qu'un époux aliéné et divorcé pour cette cause, soit déchargé de l'obligation de contribuer à l'entretien de sa progéniture. Toutefois, il arrive que le juge grève l'époux malade d'une contribution de ce genre, par exemple, lorsque la situation de fortune de l'aliéné est plus favorable que celle du conjoint sain.

Le tribunal règle de manière scrupuleuse le droit de visite du conjoint disjoint à ses enfants, soit plutôt des enfants à leur père ou leur mère malade. La lecture des jugements m'a convaincu que l'humanité inspire toujours aux magistrats des décisions prudentes et heureuses. Visite hebdomadaire, s'il appert des témoignages et des pièces que l'époux divorcé affectionne ses enfants, mensuelle ou bi-mensuelle, annuelle même, en cas contraire.

Si la Justice le trouve bon, elle peut imposer à l'époux non malade un délai de un, deux et même trois ans, avant tout remariage. Cela est la règle, en cas d'adultère. La femme d'un schizophrène, dont j'ai le dossier sous les yeux, a eu commerce, durant son mariage, avec un personnage qui deviendra d'ailleurs son second mari. Le juge accorde le divorce en imposant le délai d'un an, avant remariage. On devine pourquoi. Néanmoins, comme cette femme s'est toujours acquittée au mieux de ses devoirs de mère, on lui octroie la puissance paternelle et le soin des enfants, contre le gré de la famille de l'ex-mari. Le jugement s'est révélé sage.

Je me suis efforcé de recueillir des renseignements sur le sort des conjoints sains et des rejetons de mes 85 mariages. Bien qu'à vrai dire les âmes gardent leur secret, que les documents ignorent, je n'ai trouvé nulle part mention d'un abandon, d'un dénuement, d'une misère qui justifient les larmes versées à l'avance, par les ennemis du divorce, sur le sort des familles privées de leur membre aliéné. Les personnes qui ont pris la peine de répondre à mes lettres, parents des époux sains ou malades, manifestent la satisfaction, non la colère ni

la haine. Mainte commune a payé, des années durant, des sommes rondelettes. Maint oncle, mainte tante, mainte mère restée seule disent la joie et même l'orgueil de leurs efforts, récompensés par le succès, plus de succès dans la vie. Et puis, nombre de veufs et de veuves, si je puis les appeler de ce nom, rescapés du naufrage de leur amour, se sont rembarqués un jour pour Cythère !

i) Avis d'experts et de juges

Tout le monde ne saurait professer la même opinion ; à plus forte raison les médecins ne sauraient-ils être tous d'accord. La très grosse majorité de mes confrères, neurologistes et psychiatres, se prononce en faveur du divorce et de notre loi. Zangger, de Zurich, insiste surtout sur la souplesse des conceptions du code, sur son adaptabilité aux choses de la vie. Von Speyer en vante la sagesse. Bleuler est très satisfait de l'article 141 qu'il préfère à la loi allemande, plus vague et moins libérale. Réserve faite du dogme, catholiques et protestants, ceux du moins qui réfléchissent, se félicitent des dispositions humaines de la loi. Ainsi font Weber, Repond, Koller, Borel, Preisig, Tramer, Binswanger, Jörger, Kielholz, Kesselring, Ris, Bertschinger, Schiller, tous directeurs d'asiles ou de maisons importantes, tous préoccupés du bien-être de la race, dans le présent et dans l'avenir. Maier, de Zurich, est catégorique dans l'expression de son acquiescement. Il ne déplore qu'une chose, c'est le recul imposé par le Tribunal Fédéral dans son arrêt de date récente : non pas trois ans de maladie mentale seulement, mais trois ans de vie insupportable au conjoint !

Quelques magistrats catholiques protestent contre la violation de devoir d'assistance matérielle des conjoints malades. Le Président Bersot, de Fribourg, est opposé au divorce, en général, pour des raisons de droit et de conscience. Le Président Suter, de Schwytz bifferait l'article 141 s'il le pouvait. On pense de même dans le canton de Guillaume Tell. Von Monakow restreindrait le divorce aux seules démences établies par des décades de décadence, aux états terminaux. Il redoute, ou plutôt il espère des guérisons tardives. Le Juge Cantonal Bovay, de Lausanne, inclinerait à prolonger de 2 ans le triennium fatal. Il réclame du conjoint sain une assistance

plus efficace envers l'époux malade. Je me rallie à ses vues, sur ce point. Repond voudrait rendre irrecevables les demandes en divorce de la part de conjoints qui sont les auteurs directs ou indirects de la folie de leur compagnon, de leur compagne. Il n'y a que peu de discordances dans le concert élogieux de tant de voix !

⁂

D. LA QUESTION DU DIVORCE EN FRANCE

M. Maurice Colin, député, a proposé en 1906, d'apporter au code, au chapitre du divorce, la modification suivante :

Rétablir en ces termes l'article 233 du C. C.

Article unique

« Art. 233. — Quand depuis trois ans au moins, l'un des époux aura dû être colloqué et maintenu dans un asile public ou privé d'aliénés, l'autre époux pourra demander le divorce pour cause d'aliénation mentale, sauf à établir que celle-ci est incurable. »

Ajouter à l'article 301 du Code civil un deuxième alinéa ainsi conçu :

« En cas de divorce pour cause d'aliénation mentale, le divorce sera toujours réputé prononcé aux torts réciproques des deux époux. Toutefois, au point de vue alimentaire, le conjoint qui a demandé et obtenu le divorce sera soumis aux obligations dont il serait tenu si le divorce avait été prononcé contre lui pour une des causes visées par les articles 229 à 232 du Code civil. »

En 1907, M. Maurice Viollette, député, a fait dans le même sens, une proposition nouvelle.

« Art. 289. — L'aliénation mentale sera également une cause péremptoire de divorce lorsque l'internement du conjoint aliéné aura duré au moins trois ans.

« L'époux qui allèguera cette cause de divorce devra à trois reprises différentes et à un intervalle d'au moins un an, présenter requête au président du tribunal pour obtenir nomina-

tion de deux médecins qui auront mission de dire si le malade doit ou ne doit pas être considéré comme incurable.

« Le même médecin ne pourra pas être commis deux fois. L'assignation en divorce devra viser ces trois expertises. Le divorce ne pourra être prononcé que si ces expertises concluent toutes les trois qu'il n'y a aucun espoir de guérison. Les dépens de l'instance seront toujours à la charge de l'époux demandeur. »

Enfin nous trouvons la proposition de loi suivante, émanée de MM. Palmade et André Hesse, députés, comme annexe au procès-verbal de la 2e séance du 27 mars 1925 :

Article unique

L'article 233 du Code civil est rétabli dans les termes suivants :

« Chacun des époux peut demander le divorce pour cause d'aliénation mentale de son conjoint, après une durée de trois ans de la maladie et après que cette maladie a été reconnue incurable à dire d'experts. »

Un alinéa est ajouté à l'article 301 :

« En cas de divorce pour cause d'aliénation mentale, le divorce sera toujours réputé comme prononcé aux torts réciproques des deux époux.

« Toutefois, le conjoint qui a obtenu le divorce doit fournir au conjoint aliéné entretien et pension alimentaire de la même façon qu'un époux déclaré coupable.

« Les frais de l'instance sont à la charge de l'époux demandeur. »

Un rapport sur cette dernière proposition a été rédigé, au nom de la Commission de la Législation Civile et Criminelle, par M. le député Eug. Frot, et figure au procès-verbal de la séance du 12 novembre 1926.

La Commission conclut à l'adoption du texte suivant:

Article premier

Le chapitre II du titre VI du Code civil est rétabli sous le titre :

« Du divorce pour cause d'aliénation mentale. »

Art. 2

L'article 275 du Code civil est rédigé comme suit:

« L'aliénation mentale de l'un des deux époux sera pour l'autre époux une cause de divorce quand elle aura nécessité un internement d'au moins trois années, dont une dans un établissement public, et qu'elle sera considérée comme incurable à dire d'experts désignés par le tribunal saisi de l'instance. »

Art. 3

L'article 276 du Code civil est rédigé comme suit:

« L'époux qui voudra demander le divorce pour cause d'aliénation mentale de son conjoint devra présenter requête au président du tribunal civil du dernier domicile commun aux époux.

« La procédure préliminaire de conciliation n'aura pas lieu, mais le président du tribunal, saisi de la requête, ordonnera que le conseil de famille, composé conformément à l'article 277 du Code civil, donnera son avis sur l'opportunité et le bien-fondé de ladite requête, et désigne en même temps un mandataire spécial chargé de recevoir l'assignation et de représenter l'époux aliéné au cours de l'instance.

« L'assignation rapportera, à peine de nullité, l'avis du conseil de famille. »

Art. 4

L'article 277 du Code civil est rédigé comme suit:

« Le conseil de famille prévu à l'article précédent sera composé, non compris le juge de paix du dernier domicile commun aux époux, de 6 parents, alliés, ou à défaut amis de l'un ou l'autre sexe, pris moitié du côté de l'époux, moitié du côté de l'épouse, conformément à l'article 407 du Code civil.

« Toutefois, les parents, alliés ou amis de l'époux aliéné, seront admis à siéger en suivant l'ordre de parenté, sans qu'aucun motif tiré de l'éloignement de leur résidence en France puisse leur être opposé. »

Art. 5

L'article 278 du Code civil est rédigé comme suit:

« Le conjoint qui a demandé et obtenu le divorce est sou-

mis aux obligations alimentaires dont il serait tenu si le divorce avait été prononcé contre lui pour une des causes prévues aux articles 229 à 232 du Code civil.

« Il perd tous les avantages que l'autre époux lui avait faits, soit par contrat de mariage, soit depuis le mariage.

« Tous les frais de l'instance sont à sa charge. »

Le divorce pour aliénation mentale n'existe donc pas en France. Il n'y a pas lieu de s'arrêter longtemps à ce sujet. Si l'on voulait résumer, sur la foi des documents fournis par les arrêts des tribunaux, la jurisprudence relative aux cas d'aliénation mentale, voici ce que j'en pourrais dire. MM. Juquelier et Fillassier, Trénel, Vaillant, Prince, Lucien Graux, R. Semelaigne, parmi d'autres, sont les sources où j'ai puisé:

1. Règle générale, la folie ne saurait être invoquée à l'appui d'une instance en divorce.

2. Les excès, sévices ou injures graves, commis sous l'empire de la maladie mentale, ne sauraient être retenus.

3. Si l'affection mentale peut être attribuée à quelque faute personnelle, excès alcooliques ou vénériens, les tribunaux prononcent souvent le divorce. Ne sont réputées injures graves, que les ivresses fréquentes et scandaleuses. C'est sous le nom d'injures graves, etc., que ces désordres aboutissent au divorce, bien entendu.

4. Cette jurisprudence a été étendue aux excès des toxicomanes.

5. Le divorce peut être accordé aux conjoints des déséquilibrés. Par leur inadaptabilité, le caractère non morbide mais passionnel, la libre disposition qu'ils conservent de leurs actes, le discernement qu'ils possèdent encore, ces déséquilibrés, excentriques, originaux divers, doivent être assimilés à des hommes conscients et rendus responsables de leurs actes.

6. Il arrive trop souvent, dit Juquelier, que l'on masque les troubles mentaux ou les manifestations morbides pour éviter l'écueil du refus d'un divorce.

7. Un arrêt du tribunal de la Seine admet que le malade libéré d'un asile doit être réputé guéri et que les injures graves qu'il peut commettre autorisent son conjoint à demander le divorce (L. Graux).

Je désire borner à cela l'exposé de la question en France. Mon désir comme ma tâche étant de présenter les résultats de l'application des lois relatives au divorce, et non de disputer sur ce qu'il y aurait à faire, je m'en voudrais de sortir de mes attributions et d'usurper le rôle du jurisconsulte. Néanmoins, j'aspire à faire œuvre utile en formulant un avis et même des critiques au sujet de ces divers textes de loi. Mais auparavant qu'il me soit encore permis de présenter dans un raccourci synoptique les principaux arguments émis pour et contre le divorce par des juristes et des médecins, en France et à l'étranger. Tout bien pesé, ils se réduisent à une douzaine. Les voici avec le nom de leurs principaux défenseurs.

Pour le divorce :

1. Le divorce sauvegarde les intérêts du conjoint sain, de sa progéniture et de la société en général. Il permet à l'individu sain de fonder un nouveau foyer et d'engendrer des enfants normaux. Il évite le concubinage et la procréation de rejetons illégitimes. (Luys, Trénel, Dally, de Clérambault, L. Graux, Juquelier, Fillassier, etc.).

2. Il y a un certain nombre de cas de psychoses qui aboutissent à la démence la plus profonde et la plus incurable. Il est inhumain de river un être normal à la chaîne d'un aliéné de cette sorte. L'exemple et le souvenir des choses vues est pernicieux pour tous et particulièrement pour les enfants. (Luys, foule de médecins français et étrangers).

3. La psychiatrie est parfaitement apte à pronostiquer l'incurabilité. La meilleure preuve en est que sur des milliers de divorces et de pronostics d'incurabilité, Petren n'a trouvé que 33 guérisons tardives. L'exception ne fait pas la règle. (Trénel, Codes suisse, allemand, etc.). Et puis la question d'incurabilité ne se pose même pas (Clérambault, Delasiauve, Graux, etc.), elle n'est que l'aspect le moins important du problème.

4. On divorce, quand même, pour maladie mentale, en France, mais c'est en tournant la loi ou en camouflant les vrais motifs. (Juquelier, Fillassier, L. Graux).

5. Le devoir d'assistance morale d'un conjoint malade par un conjoint sain est en général inefficace ou illusoire et l'assistance matérielle qui incombe au conjoint sain n'est pas incompatible avec le divorce. (Clérambault, L. Graux, etc.).

Contre le divorce :

6. Le divorce ruinerait l'institution du mariage. Il est en contradiction avec l'esprit des lois françaises. L'aliénation mentale n'est pas une faute mais un malheur et le divorce est une sanction. Ce serait un retour à la répudiation (Lucas), au divorce par consentement mutuel, par incompatibilité d'humeur, au divorce pour cause de maladie (Guillouart, de Loynes, etc.).

7. Cela prêterait à de louches combinaisons d'intérêts, à des spéculations aussi malpropres que volontaires sur l'attribution et la jouissance des biens de l'aliéné après la dissolution légale. (Blanche, etc.).

8. Le conjoint qui profitera du divorce sera souvent celui dont l'inconduite a provoqué la folie de l'autre. (Dechambre).

9. La folie n'est pas une maladie différente des autres. (Blanche, Magnan, R. Semelaigne, etc.).

10. L'aliéné n'est pas en mesure de se défendre. Il a pourtant des intérêts comme l'*infans conceptus.* (Blanche, etc.).

11. Il n'y a pas de signes d'incurabilité absolue. Des aliénés nombreux jugés incurables ont guéri. Demain des aliénés guériront qui ne guérissent pas aujourd'hui. (Blanche, Charcot, Magnan, Foveau de Courmelles, etc.).

12. Il n'est pas bon que le médecin s'érige en juge (R. Semelaigne). Il vaut mieux qu'il demeure exempt de toute espèce de responsabilités, d'autant plus que l'aliéné guéri pourrait lui réclamer des dommages-intérêts et qu'ainsi le médecin n'aurait aucun avantage à sauver son malade (Porlier).

13. Le nombre des divorces est trop réduit dans les pays où il est légal pour que cela vaille la peine de légiférer sur ce point (R. Semelaigne).

Laissons de côté les arguments accessoires qui ne représentent que les aspects particuliers des arguments principaux. Deux partis contraires s'affrontent dans la discussion de deux problèmes:

1° la question de la signification éthique et génétique du mariage;

2° la question de la curabilité des psychoses, de la schizophrénie en particulier.

Dogme à part, il est entendu que le mariage est, dans nos sociétés, un appariement pour la vie. Le but n'en est pas seu-

lement la procréation, mais aussi le bienfait indéfinissable de l'interaction des deux sexes, avec le contentement, la sécurité, la plénitude de vie qu'il confère. La pérennité de l'union fait le bonheur de l'individu: c'est l'honneur de la société tout entière. Tout le monde s'entend là-dessus.

Mais il n'en est pas moins vrai que parfois l'entreprise du mariage avorte, par la maladie mentale de l'un des conjoints, sans la moindre faute de l'autre. L'un des époux est frustré de ses peines comme de ses espérances: c'est l'époux resté sain. Un foyer vide, des enfants orphelins, le deuil du cœur, l'image de la folie, c'est tout ce qui lui reste. Est-ce une raison parce qu'il y a dans le monde d'heureux mariages et des ménages heureux, des foyers bien chauds, des unions fécondes et des époux fidèles, est-ce une raison pour condamner au veuvage des conjoints dignes de pitié ? L'homme heureux de son sort est volontiers d'avis que l'infortune est coupable, comme entre cavaliers on trouve toujours des torts à celui qui tombe. C'est que les malheureux, comme les absents, ont toujours tort. Est-ce vraiment à ces victimes qu'il convient de faire la morale ? Est-ce à ceux qu'il ruine qu'il faut vanter la beauté de l'institution du mariage, la grandeur de l'œuvre divine et humaine, si solide, si sûre ? Ne pensez-vous pas qu'il y aurait quelque intérêt à prendre l'avis des intéressés eux-mêmes, non des aliénés, mais de leurs conjoints, non de ceux que le malheur frappe mais de ceux qui le ressentent ? Or, ce sont eux avant tout qui réclament un allègement de leur charge et ceux qui s'émeuvent du spectacle de leur misère. Libre à Pénélope d'attendre vingt ans Ulysse, si Pénélope espère toujours, mais qu'il soit permis aux plus pitoyables des époux d'entrevoir, en dehors du terme même de leur vie, un terme à leurs maux.

Si l'on songe que le divorce existe en France, que la loi rompt l'union de deux époux en cas d'adultère, il est naturel de se demander si vraiment le péché de chair aliène les âmes autant que l'aliénation mentale. Quand le législateur élève entre les conjoints les palissades du divorce pour injures graves, comment se fait-il que la démence ne soit qu'un petit mur pour ce nouveau Rémus qui le franchit d'un bond ? Comme l'écrit de Clérambault, « d'un conjoint très légèrement dégénéré, on est admis à se libérer, mais on doit rester uni toute sa vie à un dégénéré profond ! »

On nous dit que la maladie mentale est une maladie comme toutes les autres. Oui, si cela signifie que nous ne devons plus croire aux maléfices des sorciers et des hommes-médecine. Cette révélation est peut-être superflue. Mais qui niera que les effets de la psychose sont différents des désagréments d'une maladie de peau. On tombe dans le ridicule en cherchant à répondre à de pareils arguments.

Oui, mais l'aliénation mentale est un malheur, clame le Dr Blanche, un malheur, reprend le chœur eschylien, sur cette parole messagère. S'il en est ainsi, pourquoi refuser d'y mettre des bornes et un terme ? Il ne tient qu'à vous d'ôter dans ce cas au divorce son caractère infamant.

C'est un retour aux lois clouées au pilori de l'histoire ! Mieux vaut alors laisser au pilori ceux qui souffrent. Il ne tient qu'aux Catons modernes d'empêcher ou de conjurer de telles catastrophes.

Il y a sans doute beaucoup à dire sur le sujet de l'incurabilité des psychoses, mais la question se simplifie dès qu'on s'aperçoit qu'elle est mal posée. Est-il, tout d'abord, indispensable d'exiger l'absolu en Psychiatrie, alors que le Droit est si relatif ? Le juge n'est pas un pontife, le médecin n'a pas à faire à l'oracle. Ce qui importe, ce n'est pas que l'aliéné soit définitivement classé, c'est-à-dire dément, et que rien ne vienne troubler la sérénité du juge, ce qui importe c'est que la folie ait vraiment aliéné les deux époux, dans le sens étymologique du terme. La communauté mentale, la communion des âmes, des esprits, des cœurs, a cessé d'être et d'agir. Il paraît certain qu'elles ne sauraient être rétablies. Ainsi parlent et le conjoint et l'expert. Alors, tout est accompli. Si, un jour, une guérison survenait quand même, ce serait pour le plus grand bien de tous. L'expérience, que je crois avoir bien consultée, m'avertit que le temps des mélodrames est passé. (La pauvre folle qui rentre au logis guérie... Une rivale y règne ou sévit... Pétrification du mari, frappé de bigamie ! Ce film éminemment photogénique ne se voit plus guère). Ne réclamez pas l'absolu du psychiatre. Jureriez-vous sur votre honneur de médecin que tout conscrit, palpé, jaugé, mensuré par vos soins est apte au service militaire ? Jurez-vous que parmi les gars que votre science élimine, il ne s'en trouve pas un qui ne puisse faire un fameux soldat ? J'aime cette réflexion de Jacomy : « Les législations trop étroites sont

obligées, pour sortir de situations inextricables, de recourir à la théorie des nullités de mariage. » Et cette autre aussi : « Il serait véritablement illogique autant que cruel de lier désespérément l'époux vivant à un cadavre, sous prétexte que le cadavre ne l'a pas fait exprès ».

Cela dit, je me permets de faire, sur les projets de loi précités, les remarques suivantes:

Projet Colin: La collocation obligatoire dans un asile public ou privé durant trois années au moins, du malade, me paraît être une inspiration fâcheuse. MM. Palmade et Hesse remarquent à ce propos que « le conjoint qui a pu éviter l'internement de l'aliéné, en lui donnant des soins méritoires, ou en lui procurant les soins d'une tierce personne, ne doit pas être traité moins favorablement que celui qui a recouru à l'internement ». Il me semble que c'est en effet instituer une prime à l'abandon prématuré du malade. L'amour, dans de tels cas, se mesure souvent à la patience et à la persévérance avec lesquelles un conjoint endure son malheur et cherche à le conjurer, *à domicile.*

Projet Viollette: Même remarque en ce qui concerne l'internement. Quant au luxe de cette pompe annuelle, de ces panathénées de médecins défilant deux à deux, devant le lit du malade, je doute qu'elle apporte aucune garantie nouvelle à la sécurité du pronostic.

Projet Palmade-Hesse : On ne peut que regretter l'absence d'une condition qui se révèle indispensable en pratique: la condition du caractère insupportable de la vie faite par la folie du conjoint au demandeur.

J'ajoute que je préférerais de beaucoup à la clause de l'incurabilité nécessaire, la condition formulée par le Dr Trénel, eu égard à l'avenir: « Si l'aliénation mentale est déclarée incompatible définitivement avec l'état de mariage ». Cela vaut bien la notion de rupture de communauté mentale, et cela vaut mieux que l'exigence de l'incurabilité.

Peut-être est-il en effet très sage de régler la question de l'assistance matérielle comme dans l'article 301. Toutefois la loi, sur ce point, manquera parfois de pertinence ou de force. On ne peut pas tirer de l'huile d'un mur.

Projet de la Commission : Mêmes réserves en ce qui concerne l'internement. Compliqué ici d'une condition nouvelle,

au moins un an dans un établissement public. Est-ce que le meilleur observatoire n'est justement pas la demeure de la famille, l'ambiance du malade et non l'asile d'aliénés ? Mêmes regrets en ce qui concerne l'absence d'une condition *ad hominem:* l'opinion du demandeur sur la vie qu'il mène. Il est bon de ne pas laisser le demandeur se rendre à lui-même sa propre justice mais il est assez indiqué de tenir compte des impressions du principal intéressé. Mêmes remarques sur l'assimilation obligatoire du demandeur à l'époux coupable, et sur les obligations qui en découlent.

Quant à l'institution et à la procédure des conseils de famille, ne donne-t-elle pas à l'article 4 la force et le pouvoir de démolir dans tous les cas l'édifice de l'article précédent ?

E. CONCLUSIONS

Le divorce n'est pas destiné à séparer les êtres qui s'adorent. Il faut, dans les discussions savantes, renoncer à l'évocation de scènes déchirantes où le juge et le médecin feraient office de bourreaux. En fait, les unions se dissolvent avant que la Justice ne s'en mêle. La loi constate le décès des Raisons.

L'expérience enseigne, en Suisse comme ailleurs, que le divorce pour aliénation mentale n'ébranle rien, ne détruit rien de tout ce que la Morale et le Droit édifient et consacrent.

Il y a dans ce monde, des êtres inaptes au mariage, et qui ne s'en doutent guère. Les mieux doués « s'en sortent », par le divorce, pour sévices, injures graves, etc. Les unions se dissolvent par la force des choses, plus grande encore que la force des lois. Les schizophrènes font preuve d'une inaptitude toute particulière à la vie à deux; c'est la raison pour laquelle, chose curieuse, les lois de certains pays les y condamnent, à vie, et cela par charité, et pour des raisons tirées de la Poésie du cœur. Quand la maladie mentale a disjoint les époux, les époux se détachent. Ce ne sont pas les enlacements d'Admète et d'Alceste, descendant pour le héros aux enfers, ni des dialogues passionnés, déchirants, auxquels seuls des monstres, ou des partisans du divorce, peuvent rester insensibles. En général, l'un, le malade, est animé d'indifférence, si l'on peut dire, ou de haine; l'autre, bien portant,

de crainte ou de dégoût. Il n'y a de joie parfois que dans le souvenir. Comme un deuil.

Non seulement le divorce n'est pas un mal mais c'est plutôt un remède. C'est une thériaque dans plus d'un cas. La rupture de l'union conjugale, en cas de maladie mentale de l'un des époux, déploie souvent des effets curatifs ou bienfaisants, et c'est l'aliéné, parfois, qui en tire le meilleur profit.

Plus précisément, le divorce est sans effet sur les cas de folie grave, et par conséquent ne nuit pas à l'aliéné ; il est le plus souvent utile dans les cas moyens ou légers, susceptibles de s'améliorer ou de guérir. Il opère l'amendement de ces malades par le soulagement qu'il leur procure, en supprimant toutes les sollicitations de la vie à deux, les restrictions à l'autisme, la contrainte et les exigences d'une communion mentale, tentée mais irréalisable.

Enfin, que l'on ne s'y trompe pas, je ne parle de divorce qu'au cas où l'un des conjoints le réclame. Je ne propose nullement une généralisation de cette mesure, en vue d'eugénisme par exemple. Le vrai critère, pour moi, réside dans le caractère intolérable de la vie faite au demandeur.

Les guérisons que je relate, partielles pour la plupart, ne sont pas à la confusion du divorce ; au contraire, elles en proclament l'efficacité, l'humanité, et donc la nécessité.

En matière de législation, l'article, à mon sens, idéal, serait l'art. 141 du Code Civil Suisse amputé de la clause de l'incurabilité. On y lirait :

« Chacun des époux peut demander le divorce en tout temps, pour cause de maladie mentale de son conjoint, si cet état dure depuis trois ans à dire d'experts, et rend la continuation de la vie commune insupportable au demandeur. »

BIBLIOGRAPHIE

Dr Lucien Graux. — *Le Divorce des Aliénés.* Paris, Maloine, 1912. Avec 55 lettres exprimant l'avis de personnalités du droit et de la médecine.

Bleuler. — *Lehrbuch der Psychiatrie.* Berlin, Springer, 1916.

Prof. O. Bumke. — *Gerichtliche Psychiatrie.* Leipzig und Wien Deuticke, 1912.

V. Rossel et F. Mentha. — *Manuel du Droit Civil Suisse.* Lausanne-Genève, Payot.

Dr Olof Kinberg. — *Lagen och de Sinnessjuka.* Stockholm. Bonnier, 1926.

E. Roguin. — *Traité de Droit Civil comparé.* Paris-Lausanne, 1904.

W. Morgenthaler. — Das Dogma von der Unheilbarkeit der Schizophrenie. *Ztschr. f. d. ges. Neur. und Psych.*, 1926. Bd C., Heft 4/5.

Trénel. — Statistique des guérisons et des sorties tardives à propos de la question du divorce pour cause d'aliénation mentale. *C. rendus du Congrès de Paris*, 1925, p. 317.

J. Robert. — *Rapport au Congrès des A. et Neurol. de France.* Paris, 1925. *La guérison tardive des maladies mentales.*

R. Semelaigne. — *Divorce et Aliénation mentale.* Paris, 1919 (Jouve).

Th. Moll. — Sexual abnormities as factors in divorce cases. *Med. Leg. Journ.* Bd 40. N° 5.

Milton Ives Livy. — *Marriage and Divorce. With a Complete Compilation of Divorce and Marriage Laws of 48 States and Territories of United States.* New-York.

H. Hoffmann. — Zur Frage der Ehescheidung wegen Geisteskrankheit. *Ztsch. f. Psychiatrie.* Bd 76, p. 325.

Nothaas. — Uber Ehescheidung wegen Geisteskrankheit. *Allg. Ztsch. f. Psych. und Psych. Gerichtl. Medizin.* Bd 81. H. 1/2, S. 70/78. 1924.

Juquelier et Fillassier. — La Jurisprudence des Tribunaux en matière de séparation de corps et de divorce et les faits d'ivresse. *Communication au Congrès des A. et N. de Bruxelles*, 1910.

Juquelier et Fillassier. — La Jurisprudence des tribunaux en matière de divorce. *Annales Méd.-Psych.*, 1911. T. 13, p. 9.

Juquelier et Fillassier. — Quelques documents sur la question aliénation mentale et divorce. *Ann. Méd.-Psych. Ibid.*, p. 449.

Fillassier et Salomon. — Contribution au problème du divorce et de l'aliénation mentale. *Congrès belge de N. et de P. Ypres-Tournai. Compt. rend.* 1912.

Juquelier et Fillassier. — Quelques résultats d'une enquête sur le mariage et la vie conjugale de mille aliénés parisiens. *Ann. Méd. Psyc.*, 1913.

Dr Blanche. — La folie doit-elle être considérée comme cause de divorce ? Discours prononcé à l'Académie de Médecine, le 9.V.1882. *Ann. Méd. psych.*, 1882. T. 8, p. 72.

Luys. — Divorce et Alién. ment. Discours en réponse au précédent. *Ibid.*, p. 303.

Dr Blanche. — Discours sur le même sujet. 13.VI.1882. *Ibid.*, p. 322.

Luys. — Discours en réponse au précédent. *Ibid.*, p. 329.

Luys. — Du divorce et de l'aliénation mentale. Discussion à la Soc. Méd. Psych. *Ibid.*, p. 112, 255, 266.

Luys. — Divorce et aliénation mentale. Note parue dans le *Petit Temps*. 26.XI.1910. *Ann. Méd. Psych.*, 1911, t. 13, p. 174.

Trénel. — Divorce pour cause d'aliénation mentale d'après la jurisprudence allemande. *Ann. Méd.*, 1911, t. 14, p. 263.

Ritti. — Divorce pour cause de dissimulation d'accès de folie, antérieurs au mariage. *Ann. Méd. Psych.*, 1912, t. 1, p. 65 et 73.

Paul Ladame. — Divorce pour cause d'aliénation mentale en Suisse. *Ibid.*, p. 78.

Raoul Leroy. — A propos du divorce. Rémission très complète survenue chez une démente précoce (?) au bout de 6 années. *Ibid.*, p. 339. Discussion, p. 347.

Calmettes. — Sur la guérison tardive des accès d'aliénation mentale, etc. *Ibid.*, p. 574. Discussion, p. 584.

Trénel. — Sur la remise à l'aliéné de citations à comparaître, en matière de divorce. *Ibid.* p. 585-586 et sqq.

Truelle. — Divorce et aliénation mentale. Un cas d'amélioration considérable après 14 ans de délire. *Ibid.*, p. 718 et 723.

Régis. — Déséquilibration mentale et divorce. Rapport etc. *Ann. Méd. Psych.*, 1911, t. 14, p. 59.

Marchand et Usse. — L'idée pathologique du divorce. *Ibid.*, 1913, t. 3, p. 604.

Prince. — A propos du divorce pour aliénation mentale. Guérison sociale de deux cas de schizophrénie de longue durée. *Ibid.*, 1923, t. 1, p. 314.

Prince. — La notion d'incurabilité en aliénation mentale d'après l'article 1569 du code civil allemand. *Ibid.*, 1926, t. 1, p. 79. Discussion, p. 82.

A. Vaillant. — Folie et divorce. *Thèse*. Bordeaux, 1903.

Jacomy. — Divorce et aliénation mentale. *Revue Méd. Lég. et Jurispr. Méd.*, 1905, p. 185 et p. 58.

Lutaud. — Divorce et aliénation mentale. *Revue Méd. Lég. et Jurispr. Méd.*, 1905, p. 1 et 73.

Dally, Delasiauve, Voisin. — Voir C. R. Séances de la Soc. Méd. Psych. dans les *Ann. Méd. Psych.*, 1882.

De Clérambault. — V. C. R., discussion à la *Soc. Méd. Psych.*, 1911.

Colin, Viollette, Palmade et André Hesse. — Propositions de loi en 1906, 1907 et 1925.

Eug. Frot. — *Rapport de la Commission de la Législ. Civ. et Crim.*, 1926.

Antonio Abilio de Mesquita. — Le divorce et la Médecine. *Thèse.* Porto, 1924.

DISCUSSION

M. Trénel (de Paris). — Le terme du divorce des aliénés est malencontreux. Il sonne mal. Nos opposants y voient non sans certaine raison quelque chose de choquant, envisageant le divorce comme un stigmate. Disons d'abord qu'en ceci, ils errent, car, ainsi que le dit si bien Dalloz : « la dissolution du mariage par le divorce n'a pas le caractère d'une réparation du fait illicite et dommageable commis par l'époux coupable, mais plutôt celui d'une mesure préventive destinée à empêcher le renouvellement de pareils faits et à *libérer l'autre époux d'une situation intolérable* ».

Disons *époux aliéné* au lieu d'*époux coupable* et nous avons toute la philosophie de la question.

Le divorce n'a, dans les conditions où nous l'envisageons, rien d'injurieux. Cependant, nous le répétons, nous accordons que le terme est choquant. Mais aussi, n'y aurait-il pas un moyen de l'éviter ? Nous nous hasardons à proposer ceci :

Au chapitre de la *dissolution du mariage*, l'article 227 du Code civil est ainsi conçu :

Le mariage se dissout : 1° par la mort de l'un des conjoints; 2° par le divorce légalement prononcé.

Un troisième § admettait jadis une troisième cause : la condamnation devenue définitive de l'un des deux époux à une peine comportant la mort civile. Puisque le mot divorce répugne, ne pourrait-on pas adopter le terme de *dissolution du mariage ?* et par imitation de ce troisième § abrogé, adopter une troisième cause de dissolution du mariage :

l'aliénation mentale confirmée, reconnue légalement, ayant une durée de plus de 3 ans et ayant fait perdre à l'aliéné l'état d'époux. Tel est le subterfuge — ce n'est que cela — nous le reconnaissons, que nous proposerions pour éviter le terme de divorce. D'autre part, nous ne proposons cette rédaction que sous toutes réserves et sauf correction de la part des juristes, car nous craignons de n'avoir pas évité quelques solécismes juridiques soit dans la rédaction même et les termes employés, soit dans le lieu où nous l'intercalons. Néanmoins, nous ferons

observer que le terme *dissolution du mariage* est légal, il existe dans le titre même de l'article 227. Quant au terme *d'état d'époux,* c'est encore une expression toute juridique et cet *état* est longuement étudié dans les traités de jurisprudence. Il remplacerait, croyons-nous, avantageusement, la *geistige Gemeinschaft* de l'article 1569 du code allemand, la communion ou la communauté intellectuelle, trop nébuleuse, comme nous l'avons remarqué avec d'autres, trop abstraite pour la mentalité celtique et gallo-romaine. Mais le terme d'état d'époux (ou encore état de mariage plus euphonique mais trop abstrait) est-il applicable dans les faits que nous envisageons ? Je laisse aux juristes à en décider. Nous prévoyons, d'autre part, que l'on nous objectera que la dissolution du mariage n'est envisagée que comme la conséquence d'un autre événement légalement établi, mort ou divorce, et n'est pas prononcée juridiquement ; nous laissons encore ici aux juristes la parole. Mais nous ne croyons pas l'objection valable, l'aliénation étant un état de fait comme la mort même.

Autre suggestion que nous hasarderons encore. N'y aurait-il pas lieu d'adapter à la loi sur le divorce des aliénés certaines dispositions concernant l'*absence ?* Nous n'osons nous engager sur ce terrain et nous nous bornons à poser la question. Ce rapprochement a déjà d'ailleurs été fait et M. Boven y fait allusion à l'occasion de guérisons tardives.

En ce qui concerne la durée de trois ans, tout a été dit à ce sujet et il nous paraît oiseux d'y revenir. J'ai fait moi-même une communication à ce sujet au Congrès de 1925 basée sur les statistiques du département de la Seine et sur une enquête générale à laquelle la majorité de nos collègues des Asiles ont eu l'amabilité de répondre. Je leur en renouvelle ici mes vifs remerciements.

L'adoption du divorce des aliénés éviterait à des juges compatissants de tourner la loi pour délivrer les conjoints de lamentables déments comme il en a été noté nombre de cas par Juquelier et Fillassier, les initiateurs de la question du divorce des aliénés.

Nous confirmons toutes les critiques que M. Boven a faites des divers articles des projets actuellement déposés à la Chambre des Députés. Nous regrettons qu'un rapport d'un jurisconsulte ne soit pas venu doubler celui de M. Boven et nous exposer les conséquences juridiques du divorce des aliénés dans tous leurs détails. Peut-être une rédaction nouvelle

du projet de loi aurait-elle pu être ainsi élaborée. Il serait désirable qu'une Commission de médecins et de juristes se livrât à ce travail qui, en l'état de la question, pourrait être mené rapidement quand viendrait en discussion le projet Hesse et Palmade, époque que nous souhaitons proche, et compléterait avantageusement le travail de la Commission parlementaire que rappelle M. Boven.

L'exemple de la Suisse et de l'Allemagne, entre autres, montre la possibilité de l'application d'une telle loi et nous nous permettons de dire, par expérience, ayant occupé après la guerre un poste dans les provinces reconquises, que, parmi les nombreuses erreurs qui y ont été commises, la suppression du divorce des aliénés soit l'une des plus regrettables.

Pour terminer, nous attirons vivement l'attention sur une disposition légale qui devrait être insérée dans la future loi et qui importe à la dignité médicale.

Quiconque à titre professionnel aura eu à intervenir dans une affaire de divorce pour aliénation mentale, soit comme médecin, soit comme infirmier, et que ce soit comme soignant ou traitant, ou participera au procès comme témoin ou expert, ne pourra en aucun cas épouser le conjoint au profit duquel le divorce sera prononcé.

Il importe au premier chef d'éviter préventivement que le moindre soupçon de collusion vienne effleurer les esprits.

M. le Dr Trénel (*Addendum*). — Dans une communication ultérieure faite à la Société de Médecine Légale (*Annales de Médecine Légale,* novembre 1927, page 563) sur le même sujet, nous avons modifié, de la façon suivante, le libellé du paragraphe que nous proposons d'ajouter à l'article 227 :

L'aliénation mentale confirmée de l'un des époux, constatée judiciairement, ayant eu une durée de plus de 3 ans et constituant une incompatibilité définitive avec l'état de mariage.

La question a été entièrement reprise et discutée d'une façon approfondie au point de vue juridique par MM. Provent et Essen (*Annales de Médecine Légale,* octobre 1927).

M. P. Courbon (de Paris). — J'ai montré par des faits (Société Médico-psychologique, juin 1927, et Société de Clinique mentale, juillet 1927), d'abord que la pratique du divorce en Alsace était une mesure facile et excellente, ensuite que la

prononciation du divorce ne supprime pas le sentiment du devoir d'assistance chez le conjoint susceptible d'un tel sentiment, enfin que l'impossibilité d'un pronostic certain d'infaillibilité ne saurait constituer un argument contre ce divorce, alors qu'elle n'en est pas un contre l'interdiction. D'ailleurs, l'éventualité d'une guérison ne saurait être plus dirimante que ne l'est l'éventualité d'une réconciliation entre conjoints mentalement normaux auxquels la loi permet de se remarier après un premier divorce.

L'argument d'après lequel l'admission de l'aliénation parmi les causes du divorce est inacceptable parce que, devant avoir pour corollaire inéluctable l'admission des maladies organiques chroniques parmi ces causes, est un sophisme. Il y a une offense de lèse-humanité dans ce raisonnement qui méconnaît l'essence même du mariage des hommes et l'assimile injurieusement à l'accouplement brutal des animaux.

S'il est vrai que le mariage aboutisse à la jonction des corps, il est avant tout et par-dessus tout une union des cœurs, une collaboration des esprits, une convergence des intentions. S'il en était autrement, la vieillesse suffirait à le détruire par la suppression de l'œuvre de chair. Ce qui constitue le fondement même du mariage, c'est « la communauté des âmes », ce n'est pas « la communauté du lit ». Or, les maladies organiques : tuberculose, cancer, paralysie, etc... ne menacent que la communauté du lit. Seule, l'aliénation mentale atteint la communauté des âmes.

Ces troubles mentaux sont d'une part ceux qui, de l'être que vous aviez choisi entre tous les êtres à cause de l'harmonie de sa forme d'humanité avec la vôtre, font une machine ou tout au moins le transforment en un autre individu, incapable de tout sentiment et de toute pensée ayant quelque communauté avec votre façon de penser et de sentir. Ce sont, d'autre part, ces troubles mentaux plus effroyables encore, qui changent en haine féroce à votre égard, l'amour de l'être qui vous avait élu lui-même parce qu'il vous aimait et parce que vous l'aimiez. Dans ces cas, le divorce ne dissout rien. Il ne fait que constater la dissolution entre deux êtres qui peuvent encore, il est vrai, joindre leurs corps, mais qui plus jamais ne parviendront à joindre leurs cœurs ni leurs esprits.

Pour conclure : le divorce pour aliénation mentale est une mesure contre laquelle on ne saurait élever aucune critique, à la condition que soit introduite dans le jugement de ce

divorce spécial, une garantie analogue à celle de l'article 152 du code Suisse, assurant à l'aliéné la continuation de l'assistance par le conjoint dans la mesure du possible. De la sorte, sont sauvegardés en effet, les intérêts du malade que le divorce affranchit de l'hypocrisie d'un conjoint désirant sa mort (rappelons-nous l'aveu des meilleurs parents de nos aliénés chroniques sur leur préférence secrète de les voir mourir plutôt que survivre) ; les intérêts du conjoint auquel il permet de rétablir l'équilibre de sa vie en fondant un nouveau foyer où il assumera encore les joies et les devoirs du mariage; les intérêts des enfants auxquels il permet de retrouver : l'atmosphère physique et mentale d'une famille valide, l'intérêt de la Société enfin à laquelle il donne dans la seconde union une source nouvelle de citoyens sains d'esprit.

Les adversaires du divorce des aliénés n'apportent que des hypothèses. Les partisans apportent des faits pris dans 10 nations différentes, démontrant tous l'excellence de l'application de cette mesure. Juger objectivement, c'est donner raison à ceux-ci.

M. Adam (de Rouffach). — Messieurs, bien qu'exerçant dans un département où la législation allemande maintenue en vigueur jusqu'au 1er janvier 1925 m'a donné l'occasion, bien rare il est vrai, de me prononcer sur l'opportunité d'accorder ou de refuser le divorce réclamé par le conjoint d'un aliéné, je n'ai pas l'intention de discuter ici cette législation, mon ami Courbon l'a fait mieux que je ne saurais le faire.

Mais, le jour tout récent où nous fêtions à la Salpêtrière le centenaire de Pinel, notre excellent confrère et distingué rapporteur le Dr Boven aborda le Dr Arnaud et lui fit part aimablement de la crainte qu'il avait de le voir attaquer les conclusions de son rapport. Il se souvient sans doute que M. Arnaud lui répondit que cela dépendrait de la façon dont il les présenterait, car il estimait que si le psychiatre était évidemment seul qualifié pour décider, une Loi sur le divorce des aliénés étant une fois promulguée, si elle s'appliquait à tel ou tel cas, il n'avait au contraire pas en tant que médecin à se prononcer pour ou contre le principe de la loi. Dans une note qu'il rédigea en 1925 et que nous avons retrouvée dans ses papiers, le Dr Arnaud disait, ce que je lui ai souvent entendu répéter, que « les arguments produits pour ou contre le divorce des aliénés sont d'ordre sentimental, moral ou social,

mais non d'ordre médical ». En revenant, du reste, de cette cérémonie de la Salpêtrière, il me précisait sa pensée sur cette question..., et j'ai cru pouvoir me permettre de la rapporter ici comme un dernier écho d'une voix que vous vouliez bien écouter dans ces Congrès et dans d'autres sociétés savantes avec une affectueuse attention.

Que prétendait au juste le Dr Arnaud ? Tout simplement qu'il est de constatation banale que nous sommes tous portés à nous laisser influencer par nos sentiments et qu'il était à craindre que, dans une telle discussion, nous nous divisions en partisans ou adversaires du divorce des aliénés, suivant que nous sommes partisans ou adversaires du divorce en général... et il ne faisait aucune difficulté pour reconnaître que c'était en raison de ses opinions philosophiques et sociales qu'il était adversaire du divorce. Il était d'avis que c'est en tant que citoyen, ayant telle opinion ou appartenant à tel ou tel parti, que chacun de nous pouvait se prononcer sur cette question. Par ailleurs, et plus libéral que certains ne le pensent, il déclarait (je le cite) : « Il est évident que la question serait très différente dans le cas où le Législateur demanderait notre avis sur les conditions et les modalités d'application d'une loi sur le divorce des aliénés. Nous serions pleinement dans notre rôle en fournissant des explications, en apportant des suggestions sur ces conditions et modalités. C'est ici qu'interviennent les questions médicales de durée d'intervalles lucides, d'incurabilité, etc... ».

Ceci dit, M. Boven me permettra encore de faire remarquer, toujours avec M. Arnaud, qu'il est en tous cas illogique d'accorder le divorce pour aliénation mentale quand on le refuse à deux conjoints qui sont d'accord pour le demander en raison de l'incompatibilité de leur humeur..., incompabilité qui se révèle cependant généralement dès les premières semaines du mariage, à une époque où le divorce n'entraîne habituellement pas encore d'inconvénients puisqu'il n'y a pas encore d'enfants.

Voilà ce qu'aurait dit M. Arnaud en traitant cette question du point de vue général. Il n'eut pas connaissance du rapport si complet de M. Boven et il ignorait certainement le texte qui y est rapporté, de l'article de la loi adopté à sa séance du 12 novembre 1926 par la Commission de la Législation Civile et Criminelle ; il n'aurait pas manqué de protester contre une clause de ce projet et je me permettrai encore de le faire pour lui.

Je lis en effet (page 40 du rapport Boven), que « l'aliénation mentale de l'un des deux époux sera pour l'autre époux une cause de divorce quand elle aura nécessité un internement d'au moins trois années, *dont une dans un établissement public...* », les établissements privés étant parfois dirigés « par des hommes sans conscience et sans honneur ».

Je me demande, Messieurs, comment nous pourrions approuver un texte aussi attentatoire à la dignité de certains de nos Confrères et à la liberté des familles.

Pour ce qui concerne nos Confrères des maisons de santé privées, si on ne veut les considérer que comme des praticiens de second ordre et de moralité douteuse..., il me semble absolument illogique de leur accorder le droit de retenir de longues années des malades internés et de leur contester celui de pouvoir se prononcer sur l'opportunité d'accorder ou de refuser un divorce pour cause d'aliénation mentale. A tout prendre, il me paraîtrait plus sage de courir le risque de les voir errer sur la question du divorce que de les voir retenir dans leurs établissements une personne qui ne serait pas aliénée. Et d'une...

Pour ce qui est du droit des familles de faire soigner leurs malades où il leur plaît, il me paraît absolument choquant d'obliger, dans un pays qui a inscrit dans sa devise le mot de Liberté, un malade à être placé dans tel établissement qui peut lui déplaire à l'exclusion de tout autre. Mais voulez-vous encore considérer ceci : supposons que le projet de la Commission soit voté et ait demain force de loi ; le conjoint d'un aliéné interné depuis trois ans à l'Asile de Blois pourrait immédiatement obtenir le divorce ; celui d'un malade interné depuis trente ans chez le Dr Arnaud, ne pourrait pas l'obtenir; il lui faudrait tout d'abord placer son malade pendant un an dans un Asile public. Enfin, je puis encore me permettre de faire remarquer ceci : mon excellent maître, le Dr Rayneau (qui le 2 juin dernier s'entretenait encore avec son ami Arnaud de cette question), M. Rayneau, dis-je, qui dirige depuis qu'il est à la retraite une maison privée, peut encore de sa propre autorité, qui est grande, conclure à l'internement de malades, mais par contre il ne peut plus décider si ses malades sont incurables et si l'on peut légalement et en se passant de leur avis les séparer de leur conjoint. N'est-ce pas absolument ridicule et mesquin ? M. Arnaud eut certainement été de cet avis et aurait protesté contre un pareil projet, c'est pourquoi j'ai voulu le faire à sa place.

M. Rayneau (de Chamalières). — Comme médecin, je pose en principe qu'il est mauvais de prononcer le divorce entre deux époux pour ce seul motif que l'un d'eux est atteint d'une affection chronique et incurable.

L'aliénation mentale chronique et incurable ne saurait être différenciée de toute autre maladie incurable.

Au moment du mariage, les époux se promettent secours et assistance et c'est une promesse qui serait singulièrement vaine si la maladie pouvait en délier.

La maladie fait partie du risque conjugal ; elle n'est pas l'exception, elle est la règle ; plaider qu'on se marie à la condition que son conjoint ne subira que des affections passagères ou curables, c'est soutenir un procès ridicule. Donc la maladie ne peut constituer une cause du divorce.

Mais si les états d'aliénation incurable peuvent être une cause de divorce, il n'y a pas de raison pour ne pas l'accorder dans tous les cas où cette incurabilité aura été reconnue. Et alors, Messieurs, nous autres aliénistes dont la plus belle mission consiste, tout au moins, à défendre et à protéger nos malades, puisque malheureusement nous ne pouvons pas toujours arriver à les guérir, allons-nous oublier que quantité d'entre eux, malgré leur délire ou leur affaiblissement mental, conservent bien souvent vis-à-vis des leurs tous leurs sentiments affectifs. Ne vous paraît-il pas inhumain de prononcer leur divorce et d'accroître ainsi leur infortune en leur faisant connaître que tout espoir est désormais perdu pour eux de compter sur l'affection ou la protection de leur conjoint.

Mais si l'on ne doit pas fonder une demande en divorce sur l'état d'incurabilité d'un aliéné, l'aliénation ne doit pas non plus toujours et dans toute circonstance, constituer un obstacle absolu à la dissolution du mariage. Comme l'a très bien démontré jadis M. de Clérambault au cours d'une discussion qui eut lieu à la Société Médico-Psychologique au moment du dépôt du projet de la loi de M. Maurice Violette, il y a des cas où l'état mental de l'un des deux époux rend la vie intolérable. Il s'agit le plus souvent de dégénérés, d'alcooliques ou d'anormaux.

Supposons qu'une action en divorce soit intentée contre l'un des conjoints ; elle est prête d'aboutir et la partie plaignante va voir intervenir un jugement qui fera cesser son martyr, quand, plus ou moins brusquemnet, sous l'influence de nouveaux excès par exemple, le déséquilibré commet des actes

dont le caractère pathologique devient manifeste et nécessite l'internement. Dans l'état actuel de notre législation, l'action est suspendue et le divorce devient impossible. Cela me paraît tout à fait regrettable. J'ai connu un dégénéré alcoolique, qui, à deux reprises différentes, a pu faire ainsi tomber l'action en divorce que sa femme avait intentée contre lui. La malheureuse femme, sans cesse maltraitée et finalement complètement ruinée par cette brute, a eu recours au suicide pour mettre un terme à son martyr. Un autre cas non moins digne d'intérêt peut encore se produire. Un individu est interné ; l'excès de travail, des privations de toute nature, des chagrins intimes ont d'abord altéré sa santé et lui ont fait perdre la raison. Pendant qu'il est à l'Asile, l'autre conjoint mène une existence déréglée et outrageante pour l'honneur du malade ou compromet totalement ses intérêts.

N'y a-t-il rien à faire en présence d'une situation aussi lamentable et n'est-il pas tout à fait légitime qu'en pareil cas, un curateur prenne la défense du malade et soit autorisé à poursuivre en son nom une action en divorce ?

C'est pourquoi, je voudrais voir intercaler dans la loi les dispositions suivantes :

1° une action en divorce ne peut-être fondée uniquement sur l'état d'incurabilité d'un aliéné, mais l'aliénation mentale de l'un des conjoints n'est pas un obstacle à l'introduction ou à la continuation d'une pareille procédure ;

2° l'action pourra être intentée, soit par le conjoint resté sain d'esprit, soit par une personne qualifiée par la loi au nom et à la place de l'aliéné s'il y a lieu ;

3° l'expertise médicale est obligatoire avant de faire droit dans toute action en divorce où l'un des conjoints est atteint d'aliénation mentale.

M. Wahl (de Marseille). — Le D[r] Wahl a eu l'occasion de voir le mariage d'un aliéné annulé en cours de Rome, alors que les délais pour l'attaquer devant les tribunaux civils étaient expirés et que tout recours en divorce était impossible. Dans ce cas particulier, la législation française s'est donc montrée plus rigoureuse que le droit canon. On peut certes objecter que juridiquement une annulation de mariage diffère beaucoup d'un divorce puisque l'une suppose l'union légale n'avoir jamais existé et l'autre dissout une union parfaitement régu-

lière, mais, dans l'hypothèse particulière dans laquelle nous sommes placés, en l'espèce considérée, les résultats sont les mêmes quant à leur conséquences vis-à-vis des personnes, sinon vis-à-vis de la liquidation des apports des conjoints.

M. Delaitre (de Paris). — M. Delaitre craint que la formule latine citée par le Dr Trénel concerne non le divorce, mais la dissolution du mariage prévue par le droit canon en souvenir de la répudiation admise au moyen âge.

Il rappelle que la loi du 20 septembre 1792 prévoyait comme causes de divorce, outre l'incomptabilité d'humeur, la démence du conjoint.

Dans l'état actuel de la législation française, il estime, conformément à l'avis du Professeur Ley qu'il suffirait de préciser que les aliénés sont en matière de divorce régis par les règles du droit commun et que la démence ne doit jamais être un obstacle au prononcé du divorce.

M. Semelaigne (de Paris). — Je ne comptais pas prendre aujourd'hui la parole, mais le Dr Boven m'a mis directement en cause à propos de la thèse de doctorat en droit d'un de mes fils, soutenue il y a huit ans, et qui reflète les opinions de ses maîtres à la Faculté de droit de Paris.

Il y a deux intérêts opposés, ceux du conjoint et ceux du malade. Les intérêts du conjoint, suivant moi, regardent le seul législateur. Quant au médecin, il peut avoir des opinions personnelles, mais le devoir médical lui impose, à moins qu'il ne soit lui-même législateur, d'avoir uniquement en vue les intérêts du malade confié à ses soins. Je n'entrerai pas dans la discussion, mais mes opinions sont celles d'Arnaud, dont nous regrettons tous ici l'absence et dont la perte m'a si douloureusement affecté. Mes convictions et ma conscience me font un adversaire résolu du divorce des aliénés. Si les arguments de mon ami, le Dr Trénel, ne m'ont pas convaincu, j'espère qu'il ne me regardera pas comme un moderne Torquemada.

Il est d'ailleurs étrange de voir proposer diverses lois sur les aliénés à une époque où l'on réclame avec énergie, au nom de l'Hygiène mentale, la suppression du terme même d'aliénés. Quand il n'y aura plus d'aliénés, il deviendra inutile de leur consacrer des lois spéciales.

M. Gouriou (de Savenay). — Le Dr Gouriou s'associe aux conclusions du Dr Rayneau. Il préfèrerait que la loi s'en tînt à ne plus considérer l'aliénation mentale comme un osbtacle au divorce, plutôt que de la voir constituer elle-même une cause de divorce.

Le terme d'aliénation mentale est en effet trop extensif pour ne pas entraîner des abus. Il y a tels troubles du caractère qui, suivant les points de vue, seront considérés comme amendables ou fatals, psychologiques ou pathologiques, entraînant selon les médecins et les experts les sanctions ou les soins, la conservation ou la suppression de la responsabilité.

La notion d'incurabilité ne résout pas les difficultés précédentes, car elle peut s'appliquer à des troubles du caractère plus ou moins graves dont la nature et l'évolution sont discutables.

C'est le psychiatre qui en fait prononcerait le divorce, se substituant au juge. Il n'y a pas que les troubles mentaux d'ailleurs qui déterminent l'affaiblissement ou l'anéantissement de la communauté mentale. Ne faut-il pas craindre que cette conception ne soit étendue peu à peu à d'autres maladies qui modifient directement ou indirectement le psychisme d'un conjoint et en font un être tout différent de ce qu'il était aux premiers jours du mariage ?

Il estime que les opinions religieuses jouent leur rôle dans le débat et qu'il faut en tenir compte. L'église estime que c'est son intransigeance, même à l'égard des principes d'indissolubilité du mariage, qui en fait l'efficacité pour le bien commun : *dura lex sed lex*. Dans la pratique, à défaut de l'annulation parcimonieusement accordée, la séparation de corps admise par l'Eglise devrait pouvoir être appliquée légalement et serait souvent aussi bienfaisante pour le conjoint aliéné que pour le conjoint sain.

M. Salomon (de Vannes). — Adversaire de « l'aliénation mentale comme cause de divorce », je ne reprendrai pas les arguments si brillamment développés par MM. Rayneau et Semelaigne dont j'approuve toutes les conclusions. Comme eux, j'estime que l'aliénation mentale ne devrait pas être un obstacle au divorce, mais j'irais un peu plus loin et j'admettrais volontiers que l'aliénation mentale pût être une cause du divorce dans le cas où la cause de l'aliénation est en même

temps une cause de divorce. Et j'ai en vue les toxicomanes et en particulier les éthyliques.

L'alcoolisme est une cause de divorce lorsqu'il constitue une injure grave, or, le fait de s'intoxiquer au point de devenir aliéné est, à mon avis, un élément suffisant pour constituer cette injure grave.

Nous n'avons pas à discuter sur le fond même de la question du divorce. Celui-ci existant en France, nous ne pouvons que nous demander si l'aliénation peut en être admis comme cause. Or, parmi les arguments exposés, il en est un qui a un poids considérable, c'est que l'aliénation mentale est une maladie qui doit être traitée comme les autres maladies. Et, me retournant vers les partisans de l'aliénation mentale comme cause du divorce, je leur dirai que, si leurs idées devaient aboutir, je serais heureux de les voir modifier leur formule. Par exemple, « pourraient être cause de divorce les maladies susceptibles de rendre impossible la vie conjugale et, pour reprendre l'expression de M. Courbon, de détruire la communauté des âmes ».

Je crois bien que seule l'aliénation mentale pourrait rentrer dans ce cadre, mais le mot ne serait pas prononcé et nos malades continueraient à être des malades comme les autres.

M. Auguste Ley (de Bruxelles). — Il me paraît résulter de l'ensemble des discussions qu'on peut aisément se mettre d'accord sur la proposition suivante : en matière de divorce, le malade mental doit rentrer dans le droit commun.

M. Mira (de Barcelone). — Plusieurs des congressistes qui sont intervenus dans cette discussion ont émis le vœu de faire rentrer les aliénés dans le droit commun, en les considérant comme des malades ordinaires. Or, je me prononce contre l'idée de considérer un aliéné comme un malade organique quelconque, un tuberculeux par exemple, au point de vue du divorce.

En effet, la base de l'union conjugale, c'est-à-dire l'amour, résulte d'un rapport psychique plutôt que d'un simple rapport physique ou génital, et par conséquent, l'amour peut-être conservé dans toutes les maladies somatiques tandis qu'il risque d'être détruit rapidement dans l'aliénation mentale.

M. Vervaeck (de Bruxelles). — Je serai, je pense, l'interprète fidèle des sentiments de cette Assemblée en félicitant vivement le Dr Boven de son remarquable rapport dont la haute tenue littéraire ajoute du charme à sa brillante démonstration scientifique ; il a exprimé ses idées d'une manière si délicate que, non seulement il n'a blessé les sentiments et les convictions de personne, mais qu'il a forcé l'admiration de ceux qui ne partagent pas ses idées et je suis heureux de le lui dire ici.

Je n'insisterai plus sur les arguments d'ordre psychïatrique qui peuvent être invoqués contre le divorce des aliénés et qui ont été déjà développés. Je m'excuse d'y ajouter quelques objections d'ordre sentimental ou moral :

Le mariage est un contrat librement accepté qui engage deux êtres pour la vie, pour la bonne et la mauvaise fortune, pour les joies mais aussi pour les souffrances et les déceptions. La mort seule peut rompre ce contrat que l'union intime des corps, des esprits et des âmes doit rendre indissoluble ; les enfants qui en naîtront ne peuvent que resserrer les liens qu'il crée et multiplier les devoirs qu'il entraîne.

En équité stricte, la rupture d'un contrat aussi grave, suppose la pleine volonté, le désir librement exprimé, la conscience entière, l'intérêt convergent des deux contractants. Qui oserait affirmer que ces conditions seront toujours réalisées.

D'ailleurs, en vertu de quel principe de morale, dégagée de toute préoccupation philosophique, pourrait-on imposer le divorce à celui qui n'a commis d'autre faute que d'être devenu malade et dont, peut-être, l'affection mentale résulte d'une contamination ou d'erreurs de régime qu'il doit à son conjoint.

D'autre part, la séparation définitive n'apportera-t-elle pas à ce malade, malgré sa profonde déchéance mentale, une souffrance nouvelle, car qui nous dira les sentiments et les émotions qui se heurtent dans la nuit et le chaos de la démence ? Nous le savons, chez beaucoup de malades mentaux persiste une vie affective intense.

Enfin, du point de vue social, si l'on accepte le divorce pour cause de maladie, qu'elle soit mentale ou physique, n'est-ce pas substituer à un idéal élevé, surtout constitué de devoirs et de sacrifices, un objectif utilitaire, égoïste, assez en rapport avec la conception matérielle de la vie moderne.

M. Lalanne (de Maréville). — J'ai été appelé récemment, au nom du Comité de l'Amicale des Aliénistes, à exposer devant la Commission d'hygiène du Sénat quelques observations au sujet du projet de révision de la loi de 1838. J'estime, comme M. Delaitre, qu'il importe surtout de préciser la législation actuelle par quelques modifications ou adjonctions. Du reste, le texte des changements apportés par nous a été exposé dans un travail qui a été distribué à tous les membres de la Commission d'Hygiène du Sénat et que je communiquerai avec le plus grand plaisir à M. Delaitre.

M. Calmettes (de Limoges). — A propos de la nécessité de la désignation d'un curateur signalée par M. Delaitre et Rayneau, il nous paraît intéressant de signaler la circulaire du Ministre des Pensions en date du 6 juillet 1926 qui prescrit la nomination d'un curateur pour tous les pensionnés militaires internés dans un Asile public ou privé : « En application des dispositions de l'article 38 de la loi du 30 juin 1838, il convient qu'un curateur soit immédiatement désigné d'office à la personne de tous les aliénés non interdits, internés au titre de l'article 55 de la loi du 31 mars 1919 ; ce curateur sera choisi de préférence parmi les membres du Comité départemental des mutilés et sur l'avis du préfet. Le tribunal sera saisi à la diligence du Préfet du département où se trouve l'Asile d'aliénés. Il est désirable que tous les bénéficiaires de l'art. 55 internés dans le même Asile aient le même curateur. MM. les Procureurs généraux attireront d'une façon toute particulière l'attention de leurs substituts sur l'importance de ces dispositions. »

Celles-ci ont permis de faire cesser des abus regrettables. Les familles des mutilés s'étaient fait nommer administrateurs des biens des mutilés, en particulier de leur pension, et ne consacraient qu'une faible partie de celle-ci à l'entretien du malade.

M. Trénel (de Paris). — Il convient, ainsi que vient de l'exposer M. Delaitre, d'être prudent dans le remaniement de la loi de 1838. Elle a fait ses preuves et a été presque intégralement adoptée dans tous les pays. Il est certain que de simples amendements suffiraient. Il faut se défier de ces esprits extrêmes qui veulent tout bouleverser dans des buts que nous nous bornerons à qualifier de chimériques et qui entraînent,

pour des résultats infimes, des transformations hâtives et mal conçues dans l'organisation de l'assistance aux aliénés. Bouleversements qui ont pour conclusion des dépenses énormes et hors de proportion avec le but à atteindre. On en arrive à une véritable organisation du parasitisme hospitalier, parasitisme de malades et parasitisme de fonctionnaires.

Que les pouvoirs publics se méfient de ces bruyants personnages qui appellent à l'aide de leurs idées, disons grandioses, mais qu'un aliéniste est tenté de qualifier autrement, une presse incompétente et avide de copie quelle qu'elle soit.

Il est un point que j'aurais particulièrement discuté, c'est la question du *curateur*. L'exposé que vient de faire M. Raynaud a épuisé le sujet et je me rallie entièrement aux vues que lui inspire sa grande expérience. Néanmoins, j'insiste sur le fait que sur cette question, si la loi de 1838 paraît insuffisante, c'est que, comme en bien d'autres points, elle n'est pas appliquée. *Il n'est désigné de curateur à la personne pour ainsi dire jamais.*

La désignation devrait en être non plus facultative, mais obligatoire.

M. Rayneau (de Chamalières). — J'insiste beaucoup sur la nomination d'un curateur à la personne chargé de défendre les intérêts des malades. Ce curateur est prévu par la loi, mais il n'est pas obligatoire ; il faut en provoquer la nomination. Je demande que la loi nouvelle décide que tout malade entrant dans un Asile d'aliénés se trouvera automatiquement protégé par une personne qualifiée par la loi pour le défendre en toute circonstance. Pour que cette fonction soit bien exercée, elle devrait être rémunérée.

M. Boven (de Lausanne). — La proposition faite par le Dr Trénel d'assimiler le divorce pour aliénation mentale à la « dissolution du mariage » est intéressante. Elle pourra retenir l'attention du législateur. Je rends hommage à l'activité du Dr Trénel, précurseur et protagoniste infatigable aux côtés de quelques autres, dans ces débuts épineux.

Le Dr Courbon a développé, en termes émouvants et chaleureux, ses idées sur la signification éthique du mariage. Je m'associe pleinement à ses vues comme à ses conclusions. Ce que l'on appelle habituellement un faux ménage, dans le cas

qui nous occupe, est le plus souvent l'oasis de paix, l'étape du réconfort, en un mot, le foyer véritable, et la réprobation qu'une loi dure et défectueuse fait peser sur eux, n'est souvent que l'effet d'une austérité déplacée et de l'inaptitude habituelle du monde à la sympathie.

C'est dans un sentiment de révérence émue que j'ai entendu la voix de notre regretté Confrère, le D[r] Arnaud, proclamer, par la bouche de son gendre, le D[r] Adam, la conformité assez inattendue ou du moins le rapprochement de quelques-unes de ses vues avec les miennes. J'ai cru que nos points de vue étaient tout opposés ; il m'est précieux de constater qu'on serait près de s'entendre.

Je ne puis que m'incliner avec respect devant la profession de foi religieuse de MM. Semelaigne, Gouriou et Vervaeck. Mais qu'il me soit permis de noter l'inégalité du traitement que plus d'une âme excellente applique aux gens normaux et aux aliénés : toutes les sympathies vont aux déments, aux déchus, aux insociables, aux anesthésiés de la fibre affective ; le Droit s'obstine à les égaler aux individus sains, à les identifier avec eux sur toute la ligne ; quant aux êtres conscients, sains et actifs, à ceux qui souffrent, qui peinent et qui produisent, quant au trésor de la race, générateur et responsable de l'avenir, certain humanitarisme s'en désintéresse, y demeure indifférent.

Peut-être est-il judicieux de ne procéder que par retouches légères en matière de législation des aliénés. L'idée du D[r] Rayneau, comme celle du D[r] Salomon, d'introduire un article spécifiant que la folie ne saurait exclure le divorce, lorsque tel motif du divorce légal est patent, l'idée du Prof. Ley de faire simplement rentrer l'aliéné dans le droit commun ; ces vues ont à mes yeux le mérite et l'inconvénient d'un Mieux qui ne serait pas encore le Bien.

Je m'associe au vœu du D[r] Santin-Carlo Rossi de rayer la question de l'incurabilité des exigences de l'expertise. Je ne saurais pareillement que souligner de toutes mes forces avec le D[r] Mira, la différence essentielle, indiscutable, qui sépare la folie de toutes les affections du corps.

Le Prof. Sobral-Cid a droit à des remerciements tout particuliers pour l'extrême obligeance avec laquelle il a bien voulu répondre, par écrit, à mes questions, *in litteris*. J'en dirai de même de MM. les Docteurs Semelaigne et Juquelier de Paris, du Prof. Magalhaes-Lemos, de Porto, de M. le D[r] Donald Ross,

d'Argyll, Kinberg, de Stockholm, et Chamberlain, de New-York.

Et, par-dessus tout, ma gratitude est toute acquise à la société éclairée et charmante qui forme ce Congrès, où la discussion demeure sans effort, vive et gaie, et, jusque dans l'opposition des faits et des caractères, tonique et courtoise.

COMMUNICATIONS

I. COMMUNICATIONS DE PSYCHIATRIE

L'Examen de l'attention dans la schizophrénie

Par M. HANDELSMAN (de Varsovie)

Grâce à mes études, faites sur 63 schizophréniques, j'arrive à cette conclusion, que les plus grands troubles de l'attention arrivent dans la schizophrénie hébéphrénique et catatonique ; et pendant que dans l'hébéphrénie, les troubles touchent toutes les valeurs de l'attention, dans la catatonie spécialement, c'est l'énergie de l'attention et son activité qui sont défectueuses. Au contraire, dans la schizophrénie paranoïde, les troubles de l'attention sont assez insignifiants, c'est seulement par la méthode que nous avons empruntée à la méthode américaine, qu'on peut découvrir quelques défauts, pendant que les méthodes bien connues de Bourdon et Bernstein sont ici sans effets.

Je considère comme nécessaire l'examen minutieux de l'état de l'attention et quoique naturellement, cet examen ne peut pas être considéré comme définitivement différentiel, et seulement l'observation clinique avec toute analyse psychologique et exploration somatique, nous permet de donner un diagnostic ; tout de même, on ne doit pas négliger pendant l'examen d'un malade psychique de méthodes objectives qui présentent un complément sérieux pour la totalité de l'image clinique.

Dans notre première communication, dans l'*Annuel Psychiatrique polonais,* nous pouvions démontrer quelques particularités caractéristiques de l'attention dans quelques maladies psychiques et dans notre communication d'aujourd'hui, nous pouvons constater que dans la schizophrénie aussi il y a des défauts de l'attention différents pour l'hébéphrénie, pour la

catatonie et pour la schizophrénie paranoïde. Je ne veux pas entreprendre maintenant une analyse plus étendue de ces différences et je ne veux pas encore former des conclusions définitives, je veux seulement attirer l'attention sur ces faits tout à fait objectifs qui peuvent avoir une importance pendant l'examen de la schizophrénie.

Discussion

M. Mira (de Barcelone). — Je voudrais que M. Handelsman signale un peu en détail par quels procédés ou artifices est-il arrivé à attirer *l'intérêt* (et par conséquent), *l'attention* de ses malades schizophréniques pour les tests. L'autisme de ces malades est si difficile à vaincre que tout moyen de le dominer, mérite d'être connu et divulgué.

D'autre part, je désire faire remarquer à M. Handelsmann que les tests qu'il a employés pour la mesure de l'attention ne me semblent pas être tout à fait conseillables pour cet objet : le test de barrage de lettres ou des signes est plutôt un test de fatigue oculaire (sensorielle) et de capacité d'abstraction d'une forme. Les tests de l'armée américaine sont des tests pour la mesure de ce qu'on a convenu d'appeler intelligence générale.

Il aurait donc été préférable d'employer pour cet objet des vrais tests d'attention, tels que ceux de Stern, Corberi, Thurstone, Pillsbury et Giese, par exemple.

Les éclipses de la schizophrénie

Par M. Vermeylen (de Bruxelles)

La fréquence des rémissions dont la schizophrénie, surtout au début, est reconnue par tous les auteurs. L'alluré périodique, signalée depuis longtemps déjà par Kræpelin, prête à discussion, surtout lorsqu'elle évolue sur un terrain de débilité mentale même légère. Ne s'agit-il pas, dans ce cas, d'une psychose maniaco-dépressive empruntant ses éléments schizophréniques à la débilité mentale qui peut si facilement réaliser, au moindre remous psychique, ses attitudes caractéristiques : monotomie, impulsivité, pauvreté de l'idéation ? Dans certains cas, le doute est permis. Une autre forme oscillante de la schizophrénie semble avoir passé à peu près inaperçue et permet cependant d'intéressantes considérations sur le mécanisme même de la psychose. Ce sont les éclipses de la schizophrénie, brusques et brefs retours sur lui-même du sujet en pleine période d'activité morbide, sorte d'hiatus dans la maladie, restituant pour quelques instants ou pour quelques heures le malade à la vie apparemment normale.

Comme le dit très justement M. Minkowski dans un ouvrage récent : « si le schizophrène est le plus immobile, le plus tenace des malades, il est aussi celui qui possède, plus qu'un autre, la faculté de passer d'une façon inattendue d'un état à un autre, de transformer ses réactions morbides en comportement presque normal ». Il n'en reste pas moins que ces variations brèves et pourtant profondes de la psychose ne semblent pas avoir beaucoup attiré l'attention des auteurs. Elles consistent, celles du moins que nous avons constatées, non seulement en la réapparition d'une attitude normale, mais plus encore en un retour sur soi-même du sujet ? Le malade semble avoir la brusque révélation de l'état morbide dans lequel il se trouve et comprendre la situation misérable dans lequel il se place. Il y a non seulement conscience de l'état pathologique, mais aussi réaction adéquate, le plus souvent de nature afflictive. Cela distingue nettement ces phrases passagères

d'avec le sentiment « de quelque chose de nouveau, d'étranger à sa personnalité antérieure », des « adieux à son âme » que Logre semble considérer, dans son rapport, comme les seules manifestations de la conscience directe de l'état morbide chez les schizophrènes. Dans ces cas, comme il le remarque très justement, la conscience de l'état morbide s'accompagne d'une indifférence déconcertante, marque de la dissociation intra-psychique qui est un des principaux éléments de la psychose. Ici, au contraire, la réaction affective et active paraît en concordance avec l'idée très claire que le malade se fait de son état et semble réaliser ainsi une synthèse, tout au moins momentanée, de ses forces psychiques.

En voici quelques exemples très résumés :

Obs. I. — F. M., 20 ans ; hérédité lourde, surtout du côté maternel. L'affection a débuté, il y a déjà trois ans, par des scrupules religieux suivis d'une agitation hébéphrénique, avec fugues, tentatives de suicide répétées, excitation sexuelle ; puis, prostration complète. Rémission partielle de quelques mois, puis réapparition de tous les symptômes. La malade présente tous les symptômes classiques de l'état schizophrénique : maniérisme, stéréotypies, impulsions, inactivité, ambivalence. Doit être très étroitement surveillée pour ses multiples tentatives de mutilation. Dans ses périodes les plus favorables, se montre puérile et étourdie, aimant à taquiner ses compagnes et à leur jouer des tours, ironique et blessante à l'occasion, ne manifestant aucun sentiment affectif adéquat. Brusquement, un jour, on la trouve effondrée sur son lit, toute en larme. Son attitude est très différente de ce qu'elle est habituellement et ne rappelle en rien les explosions afflictives automatiques des schizophrènes. Les infirmières, elles-mêmes, sont frappées de l'accent de sincérité et de vérité de son émotion. A celles qui essayent de la consoler, elle dit : « Je suis presqu'une bête, c'est épouvantable à quel point suis-je tombée. » On la calme assez difficilement. Elle paraît comme transformée, écoute ce qu'on lui dit, raconte quelques histoires de son enfance. De temps en temps, se remet à pleurer, en répétant : « A quel point suis-je tombée. » Comme elle semble brisée par l'émotion, on la met au lit et elle s'endort. Le lendemain, tout semble oublié ; la malade recommence à faire des gamineries et doit à nouveau être très surveillée pour des tentatives de mutilation. La malade a refait peu de temps après deux épisodes semblables, mais moins caractéristiques. Les tentatives faites alors pour fixer l'amélioration (psychothérapie persuasive, changement de section, etc.) sont restées infructueuses.

Obs. II. — A. B., 20 ans ; hérédité morbide du côté maternel. Gaie et normale jusqu'à il y a trois ans. Apparition de quelques troubles et bizarreries du caractère. Affirmation brusque de la psychose, il y a deux ans : inertie complète avec mutisme, refus d'alimentation, quelques hallucinations auditives. S'améliore peu à peu, mais reste distraite et absente, très maniérée et bizarre dans toutes ses actions, souvent des impulsions violentes, cris, explosions de colère, frappe alors son entourage, rires immotivés. Un jour, dit brusquement à sa mère, avec une expression angoissée qu'on ne lui connaissait pas : « Je suis comme une bête féroce, je ne sais pas ce que j'ai, est-ce que je ne te fais pas peur ? » Pleure ensuite abondamment. On essaie de la calmer et de la tranquilliser. Se montre plus naturelle les jours suivants, mais est encore très loin de faire une vraie rémission. Deux semaines environ après, elle se montre un jour soucieuse, semble réfléchir à quelque chose et tenter d'élucider un problème important. A un moment donné, s'approche d'un mouvement très naturel de sa mère, se serre contre elle et lui dit : « Qu'est-ce que j'avais, je sors d'un naufrage. Comprends-tu que je sois bizarre comme cela ? » Depuis ce moment, elle semble revenir à son état normal. La famille, trop heureuse d'un résultat qu'elle espère durable, ne permet aucune exploration psychique et élude toute visite médicale. Quelques jours après, rechute brusque et violente : agitation forte, insomnie, cris, tendances agressives. Ensuite, est reprise par ses stéréotypies et son maniérisme. Depuis, son état a pris une allure de plus en plus chronique. Elle semble fixée dans un état de désintérêt complet pour toutes choses, est bizarre et maniérée, son inactivité est traversée parfois de brèves impulsions. Toutes tentatives pour réveiller son auto-critique ou pour dériver ses actions vers des buts utiles restent sans résultat.

Obs. III. — A. C., 22 ans. Mère internée. Etait de caractère gai et ouvert. Enfance sans incidents. A entamé ses études universitaires. Professait des idées assez avancées dans les domaines politique et religieux. A la suite d'un séjour dans une maison de repos à la mer, conversion brusque. Idées mystiques, agitation, fugues, quelques impulsions violentes. Se croit hypnotisée ou ensorcelée. A une certaine conscience de son état. Puis se croit atteint de syphilis réclame des médicaments, ne veut plus toucher personne de crainte de contamination. Grande lenteur dans les mouvements et dans l'expression de la pensée, hésitation, maniérisme, stéréotypies. Se laisse un jour tomber de tout son poids en arrière. Tandis qu'on met des agrafes à la large plaie occipitale qu'elle s'est faite, dit à l'infirmière : « Ne me mettez-

vous plus d'agrafes, cela m'amuse. » Cherche à faire du mal aux autres malades, écartèle un jour un jeune chat, se refuse à toute occupation. Un jour que sa tante vient lui faire visite, semble comme revenir à elle. Parle très naturellement avec elle, lui exprime le désir qu'elle a de rentrer à la maison. La visite se prolongeant un peu, se montre très fatiguée, dit : « Ma tête est comme une passoire, je ne suis plus bonne à rien. » Pleure un peu et semble déprimée. Après le départ de sa tante, le mieux persiste le restant de la journée. On ne la reconnaît plus dans la section, c'est une autre personne. Elle se montre douce et docile, répond aimablement aux questions qu'on lui pose, s'occupe un peu. Reste pourtant plutôt déprimée et manifeste des inquiétudes au sujet de son avenir mental. Le lendemain, la malade a repris toutes ses attitudes morbides et semble de nouveau inaccessible à toute psychothérapie. Pourtant, peu de temps après, une amélioration progressive s'est manifestée et une tentative de retour en famille vient d'être tentée.

Il semble donc bien s'agir dans ces cas, où le diagnostic de schizophrénie n'est pas douteux, de retours brusques et momentanés à une intégrité mentale assez poussée, permettant à nouveau une coordination passagère des diverses activités psychiques. Malheureusement, la brièveté et la soudaineté de ces événements n'a pas permis de tenter une analyse clinique suffisante. Il en ressort néanmoins quelques faits importants. C'est tout d'abord le retour à une vie affectivo-active en apparence normale et cela même assez longtemps après le début de la maladie (dans deux cas, 3 ans après). Le sujet redevient naturel, il reprend contact avec son entourage. Les profanes même sont frappés du changement qui se produit et leur attitude à l'égard du malade se transforme instantanément. Le malade redevient un être sociable, toute discordance intrapsychique et toute débilité pragmatique semblant momentanément levées.

A cet égard, il convient de préciser en quoi le sujet semble redevenir normal et le critère en est moins un retour à une sociabilité appelée « syntone » par Bleuler, qu'un retour à sa constitution schizoïde habituelle avant sa maladie. Dans ce domaine, la distinction établie par Kretschmer et qui est encore peu familière chez nous, peut être utile. Il distingue un trouble affectif psychasthénique qui se rencontre chez les cycloïdes, et qui peut varier entre les deux pôles, gai ou triste. Je préférerais, pour ma part, dire actif ou inactif. Et un trou-

ble diathésique qui se rencontre chez les schizoïdes et qui les fait varier entre le sensible et l'insensible, l'hyper et l'hypoesthésique. Cette distinction est importante, me semble-t-il, lorsqu'on parle de schizophrènes. Ce ne sont pas nécessairement des êtres inaffectifs, quoiqu'ils ne soient généralement ni gais, ni tristes, mais des sujets qui évoluent sur un autre plan de l'affectivité, celui de la sensibilité ou de l'insensibilité.

Au cours des éclipses de la schizophrénie précisément, ce n'est pas un retour à la normale mais à l'habituel qui se produit. Le sujet reste schizoïde, mais en renversant en quelque sorte sa note pathologique en passant de l'insensible au sensible, de l'hypo à l'hypersensibilité. Le sujet vibre donc à nouveau et pour un temps plus ou moins limité, non pourtant à l'unisson de l'ambiance, mais tout au moins en concordance avec lui-même. Dès lors, sans avoir peut-être de contact affectif avec lui, l'entourage le comprend à nouveau, il n'est plus un aliéné, un étranger au milieu dans lequel il vit. Il en résulte presque nécessairement une conscience plus ou moins nette de l'état morbide, qui en est même souvent la première manifestation. Mais il ne s'agit pas ici d'une conscience purement abstraite comme on en rencontre même chez de vieux schizophrènes figés dans leurs attitudes catatoniques et dont un mot, prononcé souvent avec indifférence, révèle toute leur acuité compréhensive de leur état. La conscience de l'état morbide est maintenant intimement liée au reste du psychisme de l'individu, il résulte même de cette intime union et peut à son tour y déclancher des réactions adéquates.

Ces brèves rémissions posent enfin, par leur soudaineté même, un problème pathogénique. On ne peut s'empêcher de leur trouver une certaine similitude avec des variations brusques de l'état mental qu'on constate dans toute une série d'états alternants : anxiété, manie dépressive, épilepsie. Il se peut qu'il s'agisse de mécanismes neuro-végétatifs et humoraux assez analogues à ceux qui ont été décrits par Tinel et Santenoise dans leurs belles recherches sur les crises d'excitation, d'anxiété et de confusion. Ces actions sont depuis longtemps soupçonnées chez les schizophrènes sans qu'on en ait pu donner de preuve convaincante. Il se peut que des recherches entreprises à l'occasion de rémissions de ce genre donnent quelques résultats plus certains. Malheureusement, leur rareté, leur soudaineté et leur

brièveté les rend peu accessibles à l'expérimentation. Quoiqu'il en soit, il semble bien que, cause ou effet, il faille ne pas négliger, au profit d'une dialectique trop logique et trop intentioniste, le caractère fatal, parce qu'organique, de bien des manifestations morbides.

Discussion

M. Anglade (de Bordeaux). — J'ai observé et beaucoup de mes collègues ont observé comme moi des faits semblables à ceux que signale fort opportunément M. Vermeylen. Il se produit, effectivement, chez les sujets atteints de dissociation mentale bien avérée ce que j'ai l'habitude d'appeler des « éruptions » de lucidité. Le malade, habituellement étranger à ce qui se passe ou dit autour de lui, se met tout à coup à y participer, montre qu'il est, pour ainsi dire, « à la page », s'adresse au personnel médical ou infirmier et lui tient des propos lucides. Cette lucidité explosive et surprenante n'est malheureusement que très fugitive ; elle a souvent disparu dans le temps qu'une infirmière zélée a mis pour prévenir le médecin.

Ces faits méritent d'être mieux connus. Ils ont été mentionnés et fort bien décrits par Mignard qui a parlé surtout de retours de lucidité survenus dans les heures qui précèdent la mort. Ce qui prouve bien que la schizophrénie est, du point de vue anatomique, une maladie à part, encore très mystérieuse. Parler d'altérations cellulaires, serait-ce des cellules pyramidales de la 5ᵉ couche du cortex (Bleuler) est peut-être un peu imprudent. Pour ma part, et je l'ai dit à Genève, je n'ai pas cru devoir retenir, après de nombreux examens, une seule lésion anatomique comme appartenant en propre à la schizophrénie. Je parle bien entendu de lésions destructives et non de lésions irritatives dont l'interprétation est d'ailleurs bien périlleuse.

J'ai remarqué que les cas dans lesquels survenaient ces « éruptions » de lucidité étaient ordinairement ceux pour lesquels, au début de la maladie, le diagnostic avait hésité entre manie essentielle ou symptomatique de schizophrénie. J'ajoute tout de suite que le diagnostic de dissociation mentale ne souffrait plus aucune hésitation au moment des bouffées éruptives de lucidité.

M. Aug. WIMMER (de Copenhague). — M. Wimmer constate la fréquence de changements brusques et transitoires chez certains schizophrènes. Il rappelle à ce propos les idées de Bleuler de deux ordres de symptômes mentaux chez les déments précoces, les symptômes fondamentaux, primaires selon l'expression de Bleuler, et les symptômes accessoires, plus ou moins psychogènes, c'est-à-dire relevant de l'action intra-psychique des complexes idéo-affectifs des malades.

Chez les schizophrènes à changements brusques de l'état mental maladif, il faut tenir compte aussi, de ces deux composants du tableau symptomatique. On peut se demander, si, dans un certain nombre de cas, le changement du tableau clinique, ne soit pas dû à la disparition transitoire de ces composants psychogènes. Or, il va sans dire, que, dans de tels cas, les troubles mentaux primaires persistent pendant ces changements d'état, surtout la psycho-rigidité.

Il y a sans doute des cas de schizophrénie à type plus ou moins cyclique et pour lesquels on serait autorisé d'utiliser les idées de Kretschmer (d'ailleurs émises, il y a des années par des aliénistes français, Anglade, Masselon...), de prédisposition mixte, maniaco-dépression et schizophrénique. Mais pour la plupart des cas de schizophrénie à changements d'état mental brusques et transitoires, ces intermissions me semblent être expliquées d'une façon plus facile en admettant, seulement, une altération symptomatique due à la disparition passagère de symptômes relevant de l'action des complexes idéo-affectifs.

M. André GILLES (de Pau). — J'ai eu l'occasion d'observer chez des schizophrènes de ces éclipses dont vient de nous parler M. Vermeylen et j'ai pu constater les caractères qu'il vient de définir si exactement. Cependant, au cours de l'une de ces éclipses, que j'avais en partie provoquée, car la psychothérapie peut, à ce qu'il me semble, arriver dans certains cas à créer le phénomène, et que, content d'un succès que je ne pensais pas alors devoir être éphémère, je rappelais à ma malade quelques extravagances de son délire, j'obtins cette réponse déconcertante : « Je me rappelle bien, ce sont des bêtises, mais, Docteur, si je n'avais pas mon délire pour me distraire, ce que je m'ennuyerais dans cette maison ». Il s'agissait d'une malade qui délirait sur un thème touffu de

mégalomanie et de persécution depuis trois ans et l'éclaircie ne dura que quelques heures.

Ici aussi, il y avait donc bien une conscience morbide, mais elle ne s'accompagnait pas de regret et d'horreur, comme dans les cas de M. Vermeylen; il semblait au contraire que la malade s'enfuyait d'un consentement joyeux dans l'irréel.

Contribution à l'étude de la physiologie pathologique de la démence précoce catatonique

Rapports du syndrome catatonique et des syndromes parkinsoniens

Par MM. le Prof. H. Claude, H. Baruk et A. Thévenard

Depuis quelques années, un certain nombre d'auteurs ont insisté sur les analogies qui existent entre la démence précoce catatonique et les syndromes extra-pyramidaux, notamment les syndromes parkinsoniens : l'aspect figé des malades, leur immobilité, l'existence de raideur à type plastique, parfois même de mouvements anormaux rappelant plus ou moins les mouvements choréo-athétosiques, ces divers symptômes moteurs pour ne citer que les plus fréquents, semblent communs à ces deux groupes d'affection. On pourrait d'ailleurs ajouter à ces analogies motrices d'autres analogies sur lesquelles l'attention a été beaucoup moins attirée, nous voulons parler des troubles respiratoires prenant parfois le type de la polypnée paroxystique, et surtout des manifestations d'allure narcoleptique ainsi que d'une série de troubles simulant le sommeil et de certaines crises de catalepsie. Ces derniers symptômes nous ont paru assez fréquents dans le début de la maladie et donnent lieu, en général, à des difficultés de diagnostic avec l'hystérie et surtout l'encéphalite léthargique.

C'est en se basant sur ces rapprochements, du moins en ce qui concerne les symptômes moteurs, que M. Guiraud a émis l'hypothèse que la démence précoce catatonique devait rentrer dans le cadre des lésions du mésocéphale et des noyaux centraux.

Nous avons cherché, au moyen de recherches précises, à vérifier cette hypothèse. Les résultats que nous avons obtenus nous ont amené à mettre en évidence, derrière les analogies que nous avons signalées, des *différences profondes* entre la démence précoce catatonique et les syndromes mésocéphali-

ques notamment parkinsoniens. Ces résultats sont basés sur les recherches suivantes :

1° *L'étude comparée des contractures et de l'état neuro-musculaire :* les phénomènes spastiques catatoniques sont essentiellement variables, sans distribution précise, changeant suivant l'attitude prise par le malade et présentant un caractère actif, les rapprochant plus des contractures hystériques que parkinsoniennes ;

2° *La chronaxie* (1) est très modifiée au cours de la catatonie, mais ses modifications sont extrêmement irrégulières, variables suivant les jours, et disparaissent enfin totalement durant les rémissions, comme l'ont montré les examens répétés faits par M. Bourguignon. La chronaxie est enfin normale dans les autres formes non catatoniques de la démence précoce ;

3° *Les tracés électro-myographiques* montrent dans les muscles en rapport avec la conservation prolongée des attitudes, un type graphique analogue à celui de la contraction volontaire. De plus, la persévération des attitudes n'est modifiée uniquement par des facteurs psychiques, à condition qu'ils soient variés. Ces faits montrent les rapports du phénomène catatonique avec l'état de l'attention. Dans les muscles en état de raideur, les tracés électro-myographiques sont plus difficiles à interpréter et difficiles à distinguer des tracés obtenus dans les autres contractures, organiques ou fonctionnelles ;

4° *Les réflexes de posture locale* (2) examinés au pied ou au biceps paraissent au premier abord très forts, mais ils sont excessivement *variables* et cette variabilité d'un moment à l'autre mise en évidence par l'inscription graphique, constitue un caractère qu'on n'observe pas dans les états parkinsoniens;

L'épreuve de la scopolamine (injection sous-cutanée de 1 mmgr. de scopolamine) abolit au bout d'environ 3/4 d'heures, les réflexes de posture et permet de faire disparaître chez les parkinsoniens l'inhibition motrice. Au contraire, chez les

---

(1) H. Claude, A. Bourguignon et H. Baruck. — La chronaxie dans la démence précoce. Individualisation des formes catatoniques par la chronaxie. *Académie de Médecine*, 10 mai 1927.

(2) H. Claude, H. Baruck et A. Thévenard. — Les réflexes de posture locale et les réflexes d'attitude chez les déments précoces catatoniques. *Société de Biol.*, juillet 1927.

déments précoces, *même lorsque les réflexes de posture sont complètement abolis* par la scopolamine (comme nous nous en sommes assurés par l'inscription graphique) *la catatonie persiste sans aucune modification* et le malade garde une immobilité invincible. *L'exagération posturale n'est donc pas suffisante à expliquer l'état catatonique* et il faut pour l'expliquer un autre facteur ;

5° *Les réflexes d'attitude* (phénomène de la poussée de Foix et Thévenard) sont très souvent perturbés dans les états parkinsoniens : lorsque le sujet debout subit une poussée d'avant en arrière, le tendon du jambier antérieur ne se soulève pas ou se soulève peu, contrairement à ce qui se produit normalement. Chez tous les déments précoces catatoniques examinés, ces réflexes d'attitude sont entièrement conservés et normaux ;

6° *Les réactions labyrinthiques* (1) ne présentent chez les parkinsoniens que des modifications légères (dissociation entre les canaux verticaux et horizontaux) ; chez les déments précoces catatoniques on trouve souvent une *inexcitabilité* galvanique et calorique qui peut être à certains moments totale. De tels faits sont à rapprocher de l'insensibilité de ces malades à la douleur, et aussi de certaine hypoexcitabilité labyrinthique très accentuée mais passagère que l'on peut observer dans l'hystérie ;

7° On peut observer dans la démence précoce catatonique des signes d'atteinte pyramidale transitoire (2) : dans un cas nous avons vu l'existence d'un signe de Babinski vérifié par des modifications de la chronaxie aux membres inférieurs identiques à celles qu'on trouve dans les lésions pyramidales banales. Ce signe de Babinski ainsi que les modifications chronaxiques qui l'accompagnaient, ont disparu complètement au bout de deux mois ;

8° Les recherches cliniques (élimination de la créatine et de la créatinine) effectuées chez les déments précoces ainsi que dans les contractures organiques et chez les sujets normaux, ne donnent pas dans ces différents cas, de différences

(1) H. Claude, H. Baruck et Aubry. — Les troubles labyrinthiques dans la démence précoce catatonique. *Réunion neurol. Internationale annuelle*, Paris, 1er-2 juin 1927.

(2) H. Claude, Bourguignon et H. Baruck. — Signe de Babinski transitoire dans un cas de démence précoce catatonique. *Soc. de Neurol.*, 5 mai 1927.

bien sensibles et ne semblent pas susceptibles, comme on en a émis l'idée, de caractériser les diverses perturbations neuromusculaires.

Conclusions : 1° La démence précoce catatonique se distingue des autres formes de démence précoce par un syndrome neuro-musculaire spécial présentant des particularités cliniques, électriques (modifications de la chronaxie) et se différenciant parfois par des troubles pyramidaux (s. de Babinski) et labyrinthiques ;

2° Les caractères du syndrome moteur de la démence précoce catatonique tout en présentant des analogies apparentes avec les syndromes parkinsoniens, s'en différencient cependant par leur variabilité, leur disparition complète au moment des rémissions, leur intrication beaucoup plus profonde avec le psychisme, enfin leur dissociation avec les perturbations posturales et leur absence de modifications par les agents pharmacodynamiques qui ont une action sur les syndromes parkinsoniens.

Il semble donc qu'il faille faire intervenir un facteur plus élevé dans la pathogénie de la démence précoce catatonique, facteur *probablement cortical* ; les symptômes d'allure mésocéphalique observés ne peuvent être superposés à ceux qui sont réalisés par les lésions anatomiques des régions des noyaux centraux. Tout au plus peuvent-ils être considérés comme des troubles dus à un retentissement à distance, à un diachisis dont l'origine correspond à des centres plus élevés de l'encéphale.

Observations ultérieures sur la forme très tardive du parkinsonisme encéphalitique

Par le Prof. Arturo Donaggio

Directeur de la Clinique des maladies nerveuses et mentales à la R. Université de Modena

---

J'ai démontré en 1926 que le parkinsonisme encéphalitique, qui peut se manifester en rapport direct avec l'attaque aiguë d'encéphalite épidémique (*forme immédiate*), ou à quelque distance de l'attaque (*forme tardive,* étudiée particulièrement par G. Lévy, 1922), *peut éclater à une très grande distance de l'attaque aiguë, 4-6 ans.* C'est la forme que j'ai appelée *très tardive* (comm. à la *R. Académie des Sciences de Modène,* février 1926 ; Congrès de Neurologie de Turin, avril 1926 ; Comptes rendus du *Congrès des aliénistes et neurologistes* de Genève-Lausanne, août 1926. — V. aussi : *Revue Neurologique,* T. II, n° 5, 1926 ; *Presse Médicale,* n° 74, 1926).

Aux observations des cas de forme très tardive dont j'ai fait mention, j'ajoute l'observation de 6 autres cas : il s'agit ainsi de 12 cas de forme très tardive. Dans un des cas récemment observés, l'éclosion du parkinsonisme a eu lieu 7 ans après l'attaque aiguë.

Dans la forme très tardive, je distingue :

I) *les cas à espace vide, avec discontinuité morbide complète,* c'est-à-dire de guérison apparente avant l'éclosion du parkinsonisme ; ces cas sont la majorité ;

II) *les cas avec discontinuité morbide partielle :* je rappelle un cas assez rare qui appartient à ces observations ultérieures de rechute des phénomènes aigus 4 ans après la première attaque ;

III) *les cas avec continuité morbide :* dans deux cas qui appartiennent également à mes observations ultérieures, ces malades ont présenté après l'attaque aiguë des phénomènes de ce qu'on appelle neurasthénie encéphalitique pendant tout

l'intervalle entre l'attaque aiguë et l'éclosion très tardive du parkinsonisme.

Ces observations ultérieures confirment mes données précédentes sur *l'existence et la fréquence relative des formes très tardives,* et en conséquence sur l'inexactitude des statistiques, déjà si graves, qui ont constaté l'éclosion du parkinsonisme presque dans trois quarts des cas d'encéphalite épidémique, en les rendant encore plus graves et en obligeant à considérer l'encéphalite épidémique comme une menace permanente même après plusieurs années de guérison apparente.

J'ai déjà remarqué que l'affirmation sur l'origine hépatique du parkinsonisme est inexacte parce que, entre autres, le parkinsonisme peut se développer tout de suite en coïncidence de l'attaque aiguë d'encéphalite épidémique. Mes observations ultérieures des formes très tardives, et d'une façon particulière les cas avec discontinuité morbide, *viennent à l'appui de l'affirmation que le virus de l'encéphalite se fixe dans le tissu nerveux.* Les formes avec discontinuité morbide complète (discontinuité au point de vue symptomatologique) démontrent que la *période de latence peut se prolonger plus qu'on ne l'avait supposé jusqu'à présent.*

Selon mes recherches, les différences, non essentielles, entre le parkinsonisme et la maladie de Parkinson qui ont suggéré le terme de parkinsonisme, sont beaucoup réduites dans les formes très tardives que j'ai observées, surtout pour ce qui a trait aux caractères du tremblement, au degré des troubles sécrétoires. Je constate que les *formes très tardives se rapprochent de la maladie de Parkinson beaucoup plus que les formes immédiates ou simplement tardives :* ainsi j'incline à supposer qu'aussi la maladie de Parkinson dans la majorité des cas puisse être une *manifestation très tardive de l'encéphalite épidémique,* tout en admettant (selon ma communication à la *R. Académie des Sciences,* de Modène, janvier 1927) que dans certains cas particulièrement le Parkinson sénile dérive des conditions de la sénilité, capables de révéler une prédisposition, une condition défectueuse du neurosystème, dont la lésion donne lieu aux phénomènes du syndrome parkinsonien.

Ces observations ultérieures sur les formes très tardives démontrent avec la fréquence du syndrome parkinsonien pro-

duit par le virus encéphalitique l'action uniforme extrêmement élective et systématique du virus de l'encéphalite à distance de l'attaque aiguë : action qui s'exerce, selon les résultats de mes recherches (1923), sur *la vaste surface de l'écorce cérébrale frontale* et sur le *locus niger*. La démonstration de ces lésions, obtenue en limitant l'usage du formol, qui donne lieu à des modifications artificielles surtout dans les ganglions de la base, et avec l'application de mes méthodes personnelles, ainsi que la démonstration de l'absence de lésions dans le corps strié, dans l'écorce cérébelleuse, dans le noyau dentelé, dans le noyau rouge, m'ont conduit à une doctrine *cortico-nigrique* (1923) en opposition à la doctrine qui donne au corps strié une importance fondamentale dans la symptomatologie motrice extra-pyramidale.

Ma doctrine cortico-nigrique a trouvé confirmation dans les recherches successives de De Lisi et Businco et d'autres auteurs. Lésions des ganglions de la base sans phénomènes de la série qu'on appelle strio-pallidale, ont été décrites par Cl. Vincent (1926), Cardillo et par d'autres auteurs. Lésions (tumeurs) distribuées le long du parcours des fibres qui dérivent de l'écorce frontale ou comprimant ces fibres (les recherches expérimentales — Minkowski, D'Hollander — démontrent aussi le rapport cortico-nigrique) peuvent donner origine à un syndrome parkinsonien : qu'il suffit de rappeler par exemple le syndrome parkinsonien en rapport à une tumeur pédonculaire illustré par Brissaud. Les lésions de l'écorce frontale dans la démence précoce catatonique, d'origine maintenant si différente, peuvent expliquer les quelques rapports qui ne sont pas d'identité mais de ressemblance (il y en a d'identiques, entre autres, par exemple, le réflexe de Boveri récemment retrouvé par moi dans la démence précoce catatonique) entre les phénomènes catatoniques et ceux provoqués par le virus de l'encéphalite avec l'extrême fréquence qui ressort de cette démonstration de l'existence de formes très tardives.

Le *locus niger* peut ne pas présenter des lésions remarquables dans les cas de rigidité extrapyramidale (dans ce sens, il y a des observations de Lhermitte); j'ai rappelé aussi les faits des lésions profondes du noyau lenticulaire sans phénomènes de rigidité extrapyramidale, tandis que ces lésions doivent avoir un retentissement sur le *locus niger*, en vue des rapports que selon les recherches récentes, les cylindraxes des cellules

du *locus niger* établissent avec le noyau lenticulaire. Pour ces raisons, on doit penser que, tout en existant, une lésion du *locus niger,* les phénomènes de rigidité extrapyramidale soient en rapport surtout avec la lésion corticale frontale.

J'attire l'attention sur l'existence, d'après mes recherches, d'un *centre psycho-moteur extrapyramidal distribué dans l'écorce frontale et précisément s'étendant dans la frontale ascendante* (qui contient ainsi selon moi deux systèmes, c'est-à-dire non seulement le système pyramidal, mais aussi une partie du système extrapyramidal) et *dans une région constituée par les circonvolutions préfrontales à laquelle on reconnaît une place prédominante dans les fonctions psychiques.*

Discussion

M. Aug. Wimmer (de Copenhague). — J'ajouterai volontiers quelques mots aux observations intéressantes de M. Donaggio. A bon droit, M. Donaggio a attiré votre attention sur ce qu'il appelle les cas très tardifs de l'encéphalite épidémique. Dans mon service, j'en vois toujours des cas, à intervalles plus prolongés encore, atteignant dans un cas jusqu'à neuf ans. C'est là un fait qui souligne la ressemblance sur laquelle a déjà insisté M. Netter, de l'encéphalite épidémique avec la syphilis. Ce qui est intéressant aussi et d'une extrême importance clinique, c'est que, dans des cas d'encéphalite à symptômes presque exclusivement mentaux, on peut constater, assez souvent, une latence plus ou moins absolue d'une très longue durée. C'est ainsi que dans deux cas d'encéphalite chez des enfants, il y avait un intervalle de 4 et 5 ans respectivement. De cela on est autorisé de conclure qu'il n'y a pas question de séquelles tardives, mais d'un processus inflammatoire et toujours actif de l'axe cérébro-spinal. Je dis inflammatoire, parce que dans tous mes cas examinés minutieusement sous le microscope, j'ai toujours relevé des lésions inflammatoires, mésodermales, discrètes parfois comme on pouvait s'y attendre, dans des cas de durée très prolongée. Je dirai, en passant, que pour moi, les formes parkinsoniennes ne constituent pas ni les cas les plus fréquents, ni les formes les plus intéressantes au point de vue du diagnostic ; il y en a d'autres que j'ai nommé dans ma monographie de 1924, les types intermédiaires et qu'il faut bien connaître pour apprécier pleinement les dévastations de l'encéphalite épidémique.

M. Donaggio nous a défendu de lui contester l'existence de lésions histopathologiques dans l'écorce frontale qu'il dit avoir retrouvé par sa méthode à lui. Sans doute, il y a souvent de telles lésions parce que l'encéphalite épidémique est une atteinte diffuse du névraxe. Aussi, il est bien possible que de telles lésions corticales peuvent, dans quelques cas, au moins, résulter le syndrome parkinsonien. Nous savons que des lésions cérébrales de localisation très variée (lobe frontal, base du cerveau, etc...), peuvent causer le syndrome en question. C'est là, selon moi, le résultat de cette intégration des centres nerveux qui, parfois, rend si difficile la localisation précise des affections cérébrales. Toutefois, je suis sûr que les ganglions gris de la base du cerveau, le globus pallidus, entre autre, conserveront toujours leur importance pour la production du syndrome parkinsonien

M. Donaggio (de Modène). — Je retiens des considérations de M. Wimmer, la confirmation de la persistance du virus encéphalitique et de l'existence des formes très tardives ; et la confirmation de l'existence des lésions corticales, tout en n'admettant pas les rapports descendants de l'écorce avec les noyaux gris du corps strié qui ne ressortent d'aucune recherche en espèce dans la pathologie humaine. Je rappelle l'absence de lésions dans le globus pallidus et le restant corps strié qui dérive de mes recherches ; et la constatation désormais insistante des lésions du corps strié sans les phénomènes qu'on attribuait à la lésion de cette formation. J'ai démontré que les phénomènes inflammatoires sont très réduits ou n'existent pas dans les formes de parkinsonisme qui se développent à distance considérable de l'attaque aiguë, et j'ai admis que dans certains cas le Parkinson surtout sénile puisse n'être pas en rapport avec l'encéphalite. Les tumeurs donnent lieu à des phénomènes à distance, mais certainement en se plaçant dans le trajet des fibres en rapport avec l'écorce frontale peuvent provoquer des phénomènes parkinsoniens. Je remarque que M. van der Scheer ne s'est pas placé à l'abri des erreurs techniques.

Sur le complexe d'Œdipe

Par le Prof. Auguste Ley (de Bruxelles)

Dans une famille saine, sans grosses tares psychopathiques, le sujet dont je vous relate l'observation, est né lorsque la mère avait 39 ans. C'est le dernier d'une série de 4 enfants. Les premiers sont normaux. Son développement physique fut normal. Il fréquenta l'école jusqu'à 14 ans, mais fut mauvais élève. Il a conservé toutefois les éléments d'une instruction primaire. Il s'engage comme mousse et après plusieurs voyages, entre à la Légion Etrangère où il sert jusqu'à l'âge de 30 ans. Rentré en Belgique, après divers accès de malaria, il se soigne au pays, puis s'engage comme domestique. Il fait normalement son service, ses patrons sont contents de lui, il n'a de conflits avec personne et n'a jamais été condamné. Il ne fait pas d'excès alcooliques, sa sexualité n'offre rien de spécial à signaler. On ne peut le considérer comme un véritable débile mental, mais c'est un esprit fruste et sans aucune culture.

Sa morphologie faciale est à relever. On constate une grosse asymétrie, des oreilles mal formées et d'implantation vicieuse, des zigomes et des mâchoires énormes, des arcades orbitaires saillantes, du prognathisme supérieur.

A l'âge de 34 ans et sans que rien ait pu faire prévoir le déclenchement de cet accès d'érotisme spécial, il se met à écrire à sa vieille mère, alors âgée de 73 ans, des cartes postales avec photographies licencieuses, lui demandant de façon formelle, brutale et à la fois puérile, d'avoir avec elle des rapports sexuels: « Ma chère petite mère, je voudrais quand même coucher avec toi, j'espère que tu m'accorderas cela, je voudrais sucer tes petits nichons où on suce quand on est petit..., tu peux être tranquille, tu n'auras plus d'enfants, tu es trop vieille ». Il termine ces missives par la formule : « Je t'embrasse entre tes jambes » et recommande aussi : « Garde

ces lettres pour toi seule, sinon malheur à toi ». Et un jour qu'il sait la vieille seule au logis, il parcourt les 25 kilomètres qui séparent la petite ville où il travaille, de Bruxelles et viole sa mère (75 ans). Préoccupée de ne pas ébruiter cette aventure, la pauvre femme se tait et n'appelle pas au secours.

Mais les cartes et les lettres érotiques continuent accompagnées de menaces. Nous relevons dans l'une d'elles, ce passage très caractéristique et venu spontanément sous la plume de cet être fruste qui n'a jamais entendu parler des conceptions Freudiennes : « Pourquoi ne pourrai-je pas coucher avec toi ; je te dirai franchement que tu aurais mieux fait de ne pas me mettre au monde. Tu aurais mieux fait de me garder dans ton ventre ».

Il s'agit évidemment ici de ce complexe décrit par Freud sous le nom de complexe d'Œdipe. Aucun refoulement ne s'est produit ici. C'est la tendance naturelle que le petit garçon éprouverait pour sa mère. Le père étant mort, dans le cas qui nous occupe, le sentiment concomitant d'obscure jalousie, ne peut se rechercher. De l'analyse que j'ai pu faire et notamment des recherches par la méthode des associations d'idées, ne se dégage pas l'existence d'un complexe infantile refoulé. Le sujet n'a présenté aucune perversité sexuelle ou une autre tendance perverse marquée. Devant la gravité des faits et les menaces de récidive, il a été interné. Durant les trois années de son séjour à l'Asile, il s'est montré calme, pondéré, travailleur, docile, acceptant son séjour comme une punition méritée et reconnaissant le caractère odieux des actes auxquels il s'est livré.

Il est utile de rappeler qu'il ne s'agit pas d'un débile, mais d'un sujet fruste, sans caractères morbides marqués, représentant plutôt un type de mentalité primitive.

Je livre ce cas à vos méditations et à vos réflexions critiques. Nous nous rappellerons que certaines tendances perverses antisociales et criminelles ont été données jadis par l'école lombrosienne comme l'expression de manifestations ataviques primitives. On en est revenu.

Personnellement, devant un cas aussi typique, je me garderai bien de généraliser et je considérerais comme une grave erreur de vouloir faire du complexe d'Œdipe un phénomène normal, constituant une des formes habituelles et en quelque sorte le noyau de toute notre vie affective.

Discussion

M. Hesnard (de Toulon). — L'intérêt de cette communication est double : au point de vue clinique, que signifie cette réaction d'amoralité perverse déclanchée sans aucune raison ni aucun symptôme d'évolution schizophrénique chez un constitutionnel de la folie morale ? Au point de vue psychanalytique, il s'agit d'une tendance incestueuse perverse à nu, non imbibée par la censure morale. De pareils faits se passent de commentaires et sont instructifs par eux-mêmes en nous montrant de quoi est fait le tréfonds instinctif de l'âme humaine. Si les documents analytiques cliniques et médico-légaux, que les psychanalystes amassent chaque jour, étaient connus de la majorité des cliniciens, la psychanalyse ne rencontrerait plus l'opposition systématique (due pour une bonne part à de misérables préjugés moraux ou philosophiques, retardant l'essor de la vérité) qu'elle rencontre dans ce Congrès. Notre jeune et distingué rapporteur, M. Nayrac, ne se boucherait plus les oreilles avec de la cire pour ne pas entendre les sirènes auxquelles il faisait allusion hier. Et consentant à voir la vie telle qu'elle est et non au travers de son rêve intellectualiste, il ne refuserait plus de guérir nos malades pour la raison que l'auteur de la méthode cartésienne n'avait pas prévu de pareilles horreurs.

M. Ley proteste : 1° contre le fait de considérer de pareils faits comme communs aux normaux et aux anormaux ; 2° contre la prétention de la psychanalyse de considérer comme sexuelles chez l'enfant les tendances familiales.

M. Hesnard lui répond qu'il n'a jamais été question d'assimiler l'affectivité morbide des pervers à l'affectivité normale. Quant à la parenté du sens génital adulte et du sexuel infantile prégénital, elle est démontrée par le *fait* d'observation que les individus sensibilisés à l'excès par les tendances familiales, l'attachement à la mère par exemple, ne parviennent pas au désir génital complet et normalement orienté.

M. Semelaigne (de Paris). — Le malheureux Œdipe est poursuivi, jusque dans notre Congrès, par l'inexorable Ananké.

Il ne fut pourtant ni un coupable, ni un malade, ni un pervers, mais une victime, et c'est ainsi que le considéraient les anciens. Epouvanté par l'oracle de Delphes, il a fui Corinthe pour échapper à la destinée, pour ne pas tuer son père, pour ne pas épouser sa mère. Mais il était ambitieux, et c'est ce qui le perdit. Il affronta le Sphynx et ses énigmes pour obtenir la couronne Thébaine. Il fallait aussi épouser la reine ; peu lui importait, il prendrait la reine par-dessus le marché. Ceux qui veulent faire de lui un amateur de vieilles femmes, ce que Féré appelait un gérontophile, disent qu'il eut de Jocaste quatre enfants : Etéocle, Polynice, Antigone et Ismène. Mais quand une reine déjà mûre épouse un jeune prince, ce n'est pas uniquement pour le plaisir de lui poser une couronne sur la tête. Jocaste avait les droits d'épouse ; quant à Œdipe, la chose était sans doute pour lui de minime importance. Si, dans notre vingtième siècle, une femme âgée et riche faisait insérer dans les gazettes qu'elle désire épouser un jeune homme, les candidats seraient nombreux, et si le gagnant apprenait tout à coup, par hasard, qu'il a épousé sa mère, il serait certainement très ennuyé, mais il est fort probable qu'il ne s'arracherait pas les yeux pour cela. On a fait à Œdipe une réputation déplorable, mais imméritée, et le terme de concept d'Œdipe, si à la mode aujourd'hui, est vraiment bien peu justifié. Mon ami, le professeur Ley, me pardonnera, j'en suis certain, cette digression en marge de la médecine.

Du rôle de la chronaxie en psychiatrie

Par M. G. Bourguignon (de Paris)

Lorsqu'en 1921, à Strasbourg, je communiquai au Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française, les variations de la chronaxie au cours des phénomènes très grossiers de la dégénérescence vallérienne et des myopathies, je parus, à beaucoup, parler une langue incompréhensible.

Aujourd'hui, l'idée de « chronaxie » a tellement fait son chemin que j'ai entendu faire appel à cette notion dans plusieurs communications psychiatriques dans lesquelles je ne m'attendais certes pas à en entendre parler. Je suis très heureux de voir mes efforts couronnés d'un tel succès, mais je ne voudrais pas qu'on allât trop vite et qu'on invoquât la chronaxie là où elle n'a que faire, au moins pour le moment.

La chronaxie étant une mesure de l'excitabilité, nous n'avons le droit de parler de *chronaxie* qu'à propos de ce qui est directement accessible à nos excitations expérimentales. Or, il n'en est ainsi que pour les systèmes sensitivo-moteurs qui ne sont que les voies qui apportent au cerveau les excitations extérieures et en emportent les impulsions motrices. Entre les deux phénomènes, se passe tout ce qui constitue le domaine de la psychologie (sensation consciente, mémoire, intelligence, association des idées, affectivité, volonté, etc...). Or, dans ce domaine, nous ignorons tout des localisations ; nous ne savons même pas s'il y a des localisations des fonctions psychiques, et si, comme certains le pensent, il ne s'agit pas d'un fonctionnement global du cerveau.

Nous sommes donc loin de pouvoir mesurer la *chronaxie* de neurones dont l'existence n'est même pas démontrée. Tant que ces questions fondamentales ne seront pas résolues, nous ne pourrons légitimement pas tenter d'expliquer les phénomènes psychologiques et leurs troubles par la chronaxie.

Est-ce à dire que l'étude de la chronaxie ne doit jouer aucun rôle en psychiatrie ? Loin de moi une telle pensée. Le tout est de s'entendre sur ce qu'on peut demander à la chronaxie dans ce domaine actuellement.

Nous devrons, actuellement, nous attacher à l'étude de l'état des systèmes sensitivo-moteurs dans les maladies mentales, c'est-à-dire à l'étude de la *répercussion* de ces maladies sur la chronaxie de ces agents de transmission et de réception que sont les systèmes sensitivo-moteurs généraux : c'est l'étude que j'ai commencée avec H. Claude et H. Baruck dans la démence précoce et dont les résultats ont été publiés récemment à l'Académie de Médecine et à la Société de Neurologie.

Dans la communication suivante, je montrerai que parmi les systèmes sensitifs, le nerf vestibulaire me paraît particulièrement intéressant à étudier en psychiatrie.

Ainsi limité à ce qui lui est directement accessible, le domaine de la chronaxie en psychiatrie est assez vaste pour fournir pendant longtemps des sujets de recherches. En le cultivant, on découvrira des faits précis qui, s'ils ne nous donnent pas la clef des phénomènes psychologiques normaux et pathologiques, étendront cependant le champ de nos connaissances et nous donneront probablement des explications partielles de telle ou telle manifestation des maladies mentales ; c'est en tout cas le seul moyen d'avancer avec sûreté.

Le quotient rachidien (d'Ayala) dans les maladies mentales

Par M. Adauto Botelho (de Rio-de-Janeiro)

Le diagnostic différentiel entre plusieurs affections cérébrales suivies d'hypertension cranienne n'est pas toujours facile.

Les symptômes généraux par lesquels peut se manifester le syndrome de l'hypertension intra-cranienne n'indiquent jamais la cause de cette hypertension, la stase papillaire, la céphalée, les vertiges, les vomissements, les convulsions, etc., se présentant également dans les cas de tumeur cérébrale, méningites séreuses, internes et externes, pseudo-tumeurs de Nonne, thrombose des seins, troubles dans la circulation veineuse ou lymphatique, etc...

L'importance de ces états morbides est si variée que le pronostic est le traitement.

Ayala, dans ses recherches systématiques à la Clinique Neurologique de Rome, a montré le besoin de mesurer aussi exactement que possible cette hypertension et il se préoccupa principalement des caractéristiques de la pression du liquide céphalo-rachidien dans les éventualités plus fréquentes par le diagnostique différentiel, c'est-à-dire tumeurs cérébrales et méningites séreuses. L'élévation de la pression du liquide céphalo-rachidien vérifiée isolément a une valeur générique comme signification d'une hypertension intra-cranienne et n'indique pas la quantité du liquide qui doit être enlevée pour le faire revenir à la limite normale.

Ayala observa que la pression résiduelle après la subtraction d'une certaine quantité de liquide est en relation avec la pression initiale et la quantité du liquide contenue dans les espaces encéphalo-médullaires.

Dans les cas de tumeurs cérébrales où la tension du liquide céphalo-rachidien est souvent augmentée par le volume de la tumeur, le volume du liquide n'augmente pas, vu qu'il n'y a pas d'augmentation de sécrétion. L'enlèvement de quelques centimètres cubes de ce liquide cause une baisse de pression plus forte que dans les cas de méningite séreuse où l'hyperten-

sion a lieu par l'augmentation de la quantité de liquide céphalo-rachidien.

Dans la formule proposée par Ayala : $q\ A = \frac{Q \times F}{I}$

q A signifie quotient rachidien.
I : pression initiale.
F : pression finale.
Q : quantité de liquide enlevé.

Dans la formule, nous voyons que le *q* est directement proportionnel à la pression initiale. Le quotient se présente différemment dans les variétés d'hypertension dont nous avons déjà parlé plus haut. Naturellement, il faudra tenir en compte les variations de la pression initiale qui ont rapport aux causes physiologiques capables d'altérer la pression du liquide : respiration forcée, toux, cris, pleurs, changements de position, compression de la jugulaire, etc...

Nous avons vérifié, sous réserves, comme Ayala, que :

1° dans les tumeurs cérébrales, la pression du liquide céphalo-rachidien est très élevée ;

2° la quantité du liquide qu'on doit enlever pour ramener la pression au normal ou subnormal est petite ;

3° le quotient, que nous appelons quotient d'Ayala, est toujours relativement bas (2,25, presque 4,55) ;

4° dans l'hydrocéphalée et dans la méningite séreuse (chorio-épendymites), la pression initiale est élevée, mais en général moins que dans les tumeurs ;

5° la quantité de liquide à extraire est toujours plus grande que dans le cas de tumeurs ;

6° le quotient est toujours plus grand ;

7° une obstruction spinomédullaire peut causer une pression initiale supérieure à la normale, mais pas si élevée que comme dans le cas de tumeurs ;

8° quand on retire successivement du liquide, la pression initiale peut se modifier un peu dans le cas de tumeurs, tandis qu'elle baisse toujours dans le cas de méningites séreuses dans chaque nouvelle rachicentèse.

⁂

En profitant des études d'Ayala et de celles que nous avons faites, nous avons voulu vérifier le quotient dans les maladies mentales où nous avons trouvé hypertension du liquide

			QUOTIENT RACHIDIEN (de AYALA)								
						ADANTO BOTELHO					TOTAL DES CAS
	0-1	1-2	2-3	3-4	4-5	5-6	6-7	7-8	8-9	9-12	
Epilepsie	2	—	3	4	4	4	7	2	2	1	29
Paralysie générale	2	1	2	2	5	3	12	12	4	5	48
Démence précoce	—	—	1	1	3	2	—	—	2	—	9
Art.-sclérose cérébrale	—	—	—	1	—	3	3	3	1	1	12
Psch. man. dépressive	—	1	—	—	1	7	3	10	5	6	33
Hystérie	—	—	—	—	1	4	1	1	—	—	7
Encéph. léthargique (Park.)	1	—	—	—	1	1	1	—	—	1	5
Etats de confusion mentale	1	2	4	1	2	3	4	4	4	1	26
Psychose pré-sénil	1	—	—	1	1	1	1	1	—	1	7
Alcoolisme	—	—	—	—	1	3	6	3	1	—	14
Syphilis cérébrale	2	1	4	4	8	9	7	2	2	2	41
Démence sénile	1	—	1	—	2	—	—	—	2	—	6
Paraphrénies (de Kræpelin)	—	—	—	—	—	—	2	1	—	2	5
Débilité mentale	1	—	—	1	—	—	2	1	3	1	9
Idiotie	—	—	—	—	—	2	2	—	—	—	4
Imbécillité	1	—	—	—	3	1	1	—	—	1	7
Psychoses traumatiques	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1
Neurasthénie	—	—	—	—	1	1	1	—	—	—	3
Tabes	—	—	—	—	—	2	—	1	2	—	5
Tabo-paralysie											
Encéphalopathies de l'enfance	—	—	—	1	—	1	1	—	—	—	3
Chorée	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	2
Etats de régénération (atypi.)	—	—	—	1	1	5	2	—	1	1	11
Délires épisoïdiques	—	—	—	—	—	1	3	3	2	2	11
— myélites	1	—	—	—	1	1	1	—	—	—	4
Tumeurs du cerveau	—	—	2	—	—	1	—	—	—	—	3
T.-cérébrale (endartérites)	—	—	—	1	2	—	—	2	—	1	6
T.-cérébrale (neurorécidives)	—	—	3	1	1	—	—	—	—	—	5

céphalo-rachidien ou même sans lui, retirant toujours de 9 à 10 centimètres.

Dans les êtres normaux ou dans les malades sans signification nerveuse, nous avons trouvé un quotient variant de 5 à 7. Nous avons examiné 331 malades souffrant d'affections mentales, mesurant toujours la pression par l'appareil de Claude ; dans 29 cas d'épilepsie que nous avons examinés, nous avons rencontré le q. A. treize fois au-dessous de 5, 12 fois entre 5 et 7, et seulement 5 fois au-dessus de 7. Par contre, dans la psychose maniaque dépressive, nous avons vu des quotients presque toujours élevés. Sur 33 de ces malades seulement, 2 avaient le q. A. au-dessous de 5 ; dix fois entre 5 et 7. 21 présentaient un q. A. au-dessus de 7, c'est-à-dire dans une proportion de 63,6 0/0.

Dans la paralysie générale, douze fois au-dessous de 5, 15 entre 5 et 7 et 21 au-dessus de 7.

Dans la démence précoce, le quotient d'Ayala nous a paru plus fréquent au-dessous de 5. Nous l'avons remarqué en 5 cas, sur 10 examinés.

Le quotient d'Ayala le plus bas a été par un « schizophrénique » de forme simple, initiale.

Dans l'artériosclérose cérébrale, nous avons trouvé presque toujours le q. A. dans la limite que nous supposons normale et quelquefois plus élevé (41,67 0/0 des cas).

Dans l'alcoolisme, le q. A. se maintient presque toujours entre 5 et 7.

Dans la syphilis cérébrale, sont plus fréquents les quotients au-dessous de 5 ; plus fréquents que dans la limite normale (46,3 0/0).

Dans la démence sénile, maladie de la vieillesse, où les auteurs disent que la quantité du liquide céphalo-rachidien est plus grande, nous avons trouvé le q. A. 66,6 0/0 au-dessous de 5, ce qui indique peut-être une plus petite quantité de liquide dans les ventricules et dans les espaces sub-arachnoïdes.

Dans les paraphrénies, nous l'avons rencontré toujours au-dessus de 7 (5 cas seulement).

Enfin notre tableau final résume nos observations.

Comme conclusion provisoire, nous pouvons dire que :

1° dans l'épilepsie, le q. A. au-dessous de 5 est le plus fréquent.

2° dans la psychose maniaque dépressive, le q. A. s'élève presque toujours au-dessus de 7.

Syndromes dépressifs post-encéphalitiques sans signes de la série encéphalitique

Par M. A. Rouquier (de Lyon)

L'étude des séquelles ou des formes mentales de la névraxite épidémique est loin d'être achevée. Nous avons été, croyons-nous, l'un des premiers à étudier avec Marcel Briand (1) les formes psycho-névrosiques de la maladie et il est banal, à l'heure actuelle, d'insister sur l'asthénie, symptôme presque constant dans la période de convalescence de ses formes neurologiques.

Nous avons rassemblé dans la thèse de notre élève H. Coumel (2) une série d'observations de syndromes dépressifs graves et à évolution prolongée, observés chez des sujets qui avaient présenté des formes très frustes d'encéphalite et chez lesquels le diagnostic de l'épisode initial pouvait donc ne pas être fait. Mais, chez tous, l'état neurasthénique avait été précédé d'une courte période fébrile de diplopie, d'hypersomnie diurne à caractères pathologiques qui permettaient de lui attribuer, rétrospectivement, son origine réelle.

Nous apportons aujourd'hui deux observations de malades chez lesquels les symptômes qui sont, on le sait, conséquence de la localisation habituelle, mais non absolument constante du virus, ont pu manquer et chez lesquels, néanmoins, il est difficile d'envisager toute autre étiologie, étant donnée l'étude des antécédents, des modifications humérales, des caractères et de l'évolution des troubles observés.

Observation I

Le malade, âgé de 38 ans, vient consulter parce qu'il est affaibli, déprimé et qu'il ressent, depuis quelques jours, des vertiges suffisamment accentués pour l'empêcher de se déplacer en bicy-

(1) Société Médico-Psychologique, in *Annales Médico-Psychologiques*, novembre 1920, p. 1, et *Congrès des Aliénistes et Neurologistes de Strasbourg*, 1920.

(2) Les syndromes dépressifs post-encéphalitiques, *Thèse de Lyon*, 1926.

clette. Ses antécédents sont nuls au point de vue neurologique : sa mère serait morte tuberculeuse ; il a eu, étant jeune, la rougeole, la scarlatine, la diphtérie, une fièvre typhoïde, a contracté, il y a quelques années, au Maroc, paludisme et dysenterie amibienne, dont persistent quelques séquelles sous forme de déblacles diarrhéiques fréquentes. Marié deux fois, il a trois enfants bien portants, nie toute spécificité, fume beaucoup et boit environ 2 litres de café par jour. Il n'est pas éthylique et n'a présenté, avant le début des troubles actuels, aucun épisode fébrile avec diplopie ou hypersomnie diurne, susceptible d'être considéré comme d'origine encéphalitique.

Nous verrons, dans un instant, que c'est cependant le diagnostic d'encéphalite qui paraît le plus vraisemblable. Il est à retenir que depuis plusieurs mois, le malade se surmène et c'est la raison pour laquelle il boit autant de café ; il assure, dans la journée, à la caserne, un service assez absorbant et travaille jusqu'à une heure assez avancée de la nuit, pour son propre compte, à construire et à vendre des appareils de téléphonie sans fil. Depuis quelques jours, il s'est aperçu que lorsqu'il se trouvait à bicyclette ou même à pied dans la rue, sa tête tournait et il avait l'impression qu'il allait tomber, s'il ne s'arrêtait ou ne s'appuyait. Pas de latéropulsion, ni de sensation nauséeuse. En même temps, sensation de lassitude physique à l'occasion du moindre effort, amnésie de fixation et d'évocation légère, aprosexie ; le malade dort mal, se réveille fréquemment, est plus fatigué le matin que le soir, souffre de la tête quand il se lève. Son caractère devient nerveux ; il s'émeut plus facilement que par le passé, pleure de temps en temps, ce qu'il ne faisait pas autrefois. Il s'agit d'autre part d'un sous-officier énergique, ayant fait ses preuves en bien des circonstances difficiles. Pas d'obsessions ni de phobies. Aucun trouble du jugement ni du raisonnement. Sens auto-critique conservé. Conscience parfaite de l'état morbide. Aucun trouble du langage, ni dysarthrie, ni achoppement. Aucun symptôme d'hypertension cranienne.

Il s'agit en somme d'un syndrome dépressif ou neurasthénique assez grave, sans aucun symptôme de la série encéphalitique et sans cause organique apparente survenu après une période de surmenage intellectuel et physique, chez un sujet que sa constitution psychiatrique ne semblait nullement prédisposer aux troubles de cette espèce.

L'examen somatique est négatif. Les réflexes tendineux sont vifs, mais il n'existe aucun trouble moteur ou sensitif, aucune modification des réflexes. Les pupilles, égales, régulières, réagissent bien à la lumière et à l'accomodation ; on ne constate donc pas plus de signes d'imprégnation spécifique du névraxe que d'en-

céphalite. Aucun trouble des fonctions labyrinthiques. Rate percutable sur 4 ou 5 cm. Tension artérielle 13-9 au Vaquez-Laubry. Aucun symptôme d'ordre surrénal. Trois ponctions lombaires ont été pratiquées, le 6 mai, le 18 mai et le 2 juin.

Le 6 mai : 57 lymphocytes au mm³.

Albumine : 0,56.

Glucose : 0,65.

Wassermann faiblement positif.

Tension normale.

La constatation d'une réaction de Wassermann faiblement positive dans le liquide céphalo-rachidien, alors qu'elle était absolument négative le 13 mai dans le sérum sanguin, ne m'oriente pas dans le sens de la syphilis nerveuse, dont le malade ne présente d'ailleurs aucun symptôme physique ou d'ordre mental. La réaction lymphocytaire permettant d'affirmer que le syndrome avait une origine organique, un traitement par injections veineuses de salicylate de soude est institué ; le malade est mis, d'autre part, au repos complet. On supprime le café qu'il prenait en quantité excessive et on lui donne du bromure.

Le 18 mai : 28 lymphocytes au mm³.

Albumine : 0,40.

Wassermann : négatif.

Le 2 juin : 15 lymphocytes au mm³.

Albumine : 0,40.

Wassermann : négatif.

En même temps que la réaction lymphocytaire du liquide céphalo-rachidien diminuait, les troubles fonctionnels rétrocédaient eux aussi progressivement : les vertiges ont disparu tout d'abord et l'asthénie s'est elle-même atténuée. Il n'en reste pas moins qu'un congé de convalescence de trois mois a été estimé nécessaire pour permettre au malade de se rétablir complètement.

La physionomie clinique des troubles observés, l'absence de tout déficit intellectuel, de manifestations délirantes, de dysarthrie, comme celle de tout symptôme d'ordre neurologique, en particulier d'inégalité pupillaire et de signe d'Argyll-Robertson, enfin l'atténuation progressive de la réaction lymphocytaire et l'évolution vers la guérison, sans traitement d'épreuve et sous la simple influence d'un traitement salicylé et hygiéno-diététique, permettent d'éliminer le diagnostic d'artérite cérébrale spécifique ou celui de paralysie générale progressive à la période initiale. Le Wassermann s'est d'ailleurs montré trois fois négatif dans le liquide céphalo-rachidien et une fois dans le sérum sanguin. Il n'avait été qu'une fois faiblement positif

dans le liquide céphalo-rachidien à la période initiale. Mais on fait fréquemment des constatations analogues au début de l'encéphalite épidémique. La réaction lymphocytaire a été, nous dira-t-on, un peu accentuée et passablement prolongée : pas plus qu'elle ne peut l'être, rarement il est vrai, au cours de certaines formes d'encéphalite. Il est bon de remarquer, à ce propos, que nous devons actuellement, en ce qui concerne cette affection, nous comporter comme on le faisait vis-à-vis des dysenteries avant que le laboratoire ait permis de les distinguer les unes des autres et qu'il y a vraisemblablement plusieurs virus neurotropes que nous qualifions d'encéphalitiques, sans être capables de les identifier biologiquement ou par les caractères cliniques particuliers des troubles provoqués.

Observation II

Le malade entre dans le service accusant des céphalées et une sensation de fatigue considérable au niveau des membres, en particulier des membres inférieurs. Il dit que la marche, au bout de quelques centaines de mètres, devient difficile parce qu'il est à bout de forces et que ses jambes se mettent à trembler. Il est Algérien, ne parle pas le français ; ses antécédents sont nuls et l'interrogatoire ne permet pas de déceler, ayant précédé l'apparition des troubles fonctionnels en question, de signes d'encéphalite, en particulier de fièvre, de diplopie, de tendance invincible au sommeil. La bonne foi du sujet paraît incontestable et la ponction lombaire met, d'autre part, en évidence, d'importantes modifications du liquide céphalo-rachidien.

10 lymphocytes par mm^3.

Albumine : 0,56.

Wassermann : faiblement positif.

L'apyréxie est absolue : il n'existe aucun trouble de la motricité active ou passive, aucune modification des réflexes, aucun symptôme de méningite, pas d'hypertension cranienne. Les pupilles sont égales, régulières, réagissent à la lumière et à l'accomodation. L'état général est bon. Le sujet n'a pas un gros appétit mais s'alimente convenablement et ne maigrit pas. L'examen viscéral est absolument négatif : très légère submâtité à la partie moyenne du poumon droit, sans bruits surajoutés ni modifications importantes du murmure vésiculaire.

Le traitement salicylé ne semble pas avoir sensiblement amélioré l'état du malade qui reste à peu près stationnaire depuis plus d'un mois.

Il s'agit en somme d'un état de dépression nerveuse dont l'ori-

gine organique, encéphalitique très vraisemblablement, est mise en évidence par la ponction lombaire. Il est difficile d'envisager un autre diagnostic. Celui de spécificité ne saurait l'être : le malade ne présente aucun symptôme d'ordre neurologique ou méningé, pas plus que le déficit intellectuel caractéristique de la méningo-encéphalite diffuse. Son âge n'est pas celui où l'on voit cette dernière apparaître : enfin, on sait combien elle est rare chez les indigène sde l'Afrique du Nord, tout au moins chez ceux d'entre eux qui, comme c'est le cas de notre malade, mènent une existence totalement différente de celle des Européens. Ici encore la constatation d'une réaction de Wassermann faiblement positive dans le L. C.-R. est un argument en faveur de l'origine encéphalitique du syndrome. Enfin le diagnostic de méningite tuberculeuse est bien peu vraisemblable, le sujet ne présentant aucune élévation thermique ni aucun autre symptôme de réaction méningée que la lymphocytose et l'hyperalbuminose signalées.

Il semble donc bien que l'encéphalite épidémique puisse, dans certains cas, rares il est vrai, se manifester exclusivement par le syndrome dépressif avec modifications discrètes et fugaces du liquide céphalo-rachidien mais sans symptômes proprement dits de la série encéphalitique (fièvre, hypersomnie, diplopie).

Discussion

M. Boven (de Lausanne). — Le Dr Boven se demande si la dépression constatée par le Dr X... ne serait pas due, pour une part tout au moins, à l'intoxication par le café : n'a-t-on pas fait allusion à un abus de ce genre ? Le Dr Boven a observé à plusieurs reprises un syndrome dépressif caractérisé par le découragement, la lassitude physique, la somnolence, l'insomnie avec cauchemars, une véritable narcolepsie même, chez des individus qui buvaient 10 à 15 cafés noirs par jour. Le fait qu'au Brésil on n'observe pas de fait de ce genre, bien que surprenant, s'explique peut-être par la qualité supérieure du café en usage et la manière de le préparer.

M. Boven (de Lausanne). — Le Dr Boven demande au Dr Bourguignon s'il entrevoit la possibilité de réaliser bientôt pour le nerf vague ce qu'il vient de faire pour le nerf acoustique. On prévoit ce que des découvertes de ce genre, la spécificité individuelle de la chronaxie du vague, apporteraient à l'étude de la personnalité physique et morale.

M. Roger (de Marseille). — Le Dr Roger se demande si le malade avec B. W. + partiel dans le liquide céphalo-rachidien n'est pas plutôt à rattacher à certaines formes de syphilis nerveuse avec réaction méningée spontanément curable. Après avoir vu autrefois de la syphilis partout, il ne faudrait pas, à l'heure actuelle, voir partout de l'encéphalite.

M. Guiraud (de Villejuif). — En présence d'un cas douteux tel que celui que vient d'exposer M. Rouquier, on doit procéder à toutes les méthodes d'investigation du liquide céphalo-rachidien. En particulier, la réaction du benjoin colloïdal, d'exécution très facile, aurait donné des résultats intéressants à comparer à ceux de la réaction de Wassermann. Cette dernière est parfois subpositive dans l'encéphalite épidémique. Malgré l'existence de formes frustes ou larvées d'encéphalite épidémique, j'estime qu'il faut être très réservé pour affirmer le diagnostic en l'absence de symptômes caractéristiques.

M. Calmettes (de Limoges). — On trouve au cours de divers états névropathiques des réactions rachidiennes assez intenses que rien ne permettait de soupçonner ; on ne peut pas toujours les rattacher à l'encéphalite épidémique ou même à la spécificité — la pathologie méningée est très vaste ; il y a des méningites tuberculeuses non généralisées qui peuvent guérir laissant des séquelles ; des infections méningées torpides peuvent également laisser des séquelles que décèlera la ponction lombaire ; des états morbides cérébraux peuvent par contiguïté se propager à la méninge et déterminer des réactions rachidiennes inflammatoires qui se traduisent par de l'hyperalbuminose. C'est ordinairement, en effet, de l'hyperalbuminose avec réaction lymphocytaire discrète que l'on trouve dans ces états morbides. Souvent au cours d'états dépressifs simples nous avons pu mettre en relief cet état anormal de la méninge ; il peut, dans certains cas médico-légaux, servir à mettre en relief la nature morbide d'accidents difficiles à classer dans le cadre nosologique et pour lesquels on pouvait soupçonner une exagération intéressée.

M. Rouquier (de Lyon). — Le diagnostic de spécificité nerveuse pourrait, en effet, être envisagé, comme vient de le dire M. le professeur Roger et il l'a été. Mais, d'une part, une fois seulement faiblement positif dans le liquide céphalo-rachidien,

le Wassermann a été deux fois négatif dans le même liquide et une fois dans le sérum sanguin. En même temps, la lymphocytose et l'hyperalbuminose diminuaient considérablement et les troubles fonctionnels disparaissaient sans traitement spécifique. Ceux-ci ne présentaient aucun des caractères habituels de la P. G. P. ou de l'artérite cérébrale spécifique (voir observation I) ; enfin, il n'existait aucun signe neurologique, pupillaire, en particulier, d'imprégnation spécifique du névraxe et l'évolution favorable a été tout à fait différente de celle qu'on observe chez les sujets qui font de la neuro-syphilis non traitée. On sait que la réaction de Wassermann est loin d'être spécifique et s'observe souvent, faiblement positive, chez des encéphalitiques.

Confusion mentale

Premier signe constatable de tuberculose pulmonaire

Par M. Wahl (de Marseille)

La Confusion mentale était connue des anciens auteurs français : c'était la stupidité (*stupiditas*) de Georget et de Delasiauve. Longtemps oubliée, elle fut étudiée à nouveau à la fin du XIX[e] siècle par Séglas et Roubinovitch : ce dernier lui donna le nom de confusion mentale psycho-primitive, ce qui exprime que, sous l'influence d'une maladie infectieuse ou d'une intoxication exogène, il se développe un état mental dont le principal signe est le désordre des actes et des idées. Je n'ai point l'intention de m'étendre sur cette notion, aujourd'hui classique, pas plus que sur la variabilité du pronostic de ce syndrome. Mais j'insiste sur ce fait que l'état physique de l'organisme est le *primum movens* de l'état psychique et qu'un lien très étroit relie cet état confusionnel et persistant aux états fébriles les plus classiques : Il n'y a aucune différence entre le délire fébrile le plus net (délire des hôpitaux) et celui qui, en se prolongeant, aboutit à l'Asile où parfois il persiste indéfiniment pour se terminer par cette forme de démence précoce que Régis avait bien isolée et qui est aujourd'hui bien connue.

Pour ceux de ces délires qui sont purement transitoires, on a créé à Paris, notamment sous l'impulsion de Gilbert Ballet, des chambres d'isolement dans les hôpitaux et l'on arrive ainsi à éviter l'internement d'un assez grand nombre de sujets qui ne seraient guère justiciables des services ouverts, type Toulouse.

Il est permis de supposer (et la pratique vient de démontrer la justesse de cette conception) que certaines infections subaiguës ou chroniques peuvent aussi bien que les états aigus s'accompagner de délires confusionnels : l'urémie délirante est bien connue et d'innombrables travaux ont fait connaître les troubles mentaux des diabétiques. Le paludisme et la dysen-

terie s'accompagnent transitoirement dans d'assez nombreux cas de désordre de l'intelligence.

On a décrit des troubles psychiques chez les syphilitiques au début ou non. Ces troubles qui paraissent purement fonctionnels sont distincts de ceux dus à des lésions organiques du névraxe sous l'influence de la syphilis (tabès, paralysie générale).

Il n'est donc pas étonnant que dans la tuberculose pulmonaire il puisse en être de même. Le problème est ici plus complexe, car nous savons qu'un nombre énorme de déments précoces meurent phtisiques sans l'avoir été primitivement et ne le deviennent qu'après un long internement. D'un autre côté, les modalités de la méningite tuberculeuse de l'adulte sont un véritable protée dont depuis la thèse de Marfan on a étudié les principales modalités. L'état d'euphorie des phtisiques est considéré par certains auteurs comme une variété de psychose toxi-infectieuse.

Mais ce n'est point de tout ceci que je veux entretenir le Congrès. Il m'a été donné depuis longtemps de constater de temps en temps chez des sujets entrés à l'Asile pour des états violents de confusion dont l'origine somatique était inconnue et qui, par conséquent, semblaient échapper aux règles établies par Séglas et Roubinovitch, des signes de tuberculose au début. Cet état était subfébrile avec, comme il est de règle, des écarts de température qui paraissaient inexplicables. On ne constatait alors ni amaigrissement, ni anorexie, seulement un peu de submatité au sommet, surtout à droite et en arrière, sans aucun signe constatable. Lorsque l'agitation n'était pas trop grande et qu'on pouvait pratiquer une ponction lombaire, on ne constatait pas d'hyperalbuminose, pas d'augmentation du nombre de leucocytes, exceptionnellement une très légère augmentation, pas de signes cliniques méningés, ni vomissement, ni raideur, ni Kernig, ni mydriase, ni constipation opiniâtre, ni céphalée persistante.

Mais l'agitation extrême ne s'arrêtait ni jour ni nuit, résistait à tous les hypnotiques, aux bains prolongés, les voies digestives étaient saburrales, parfois on constatait de la salade des mots, de l'onirisme avec rêves professionnels ou rêves prenant leur aliment dans le milieu où vivait le sujet. Habituellement, celui-ci était jeune : soldats récemment incorporés (l'un d'eux n'avait fait que 24 heures de service), séminaristes, candidats aux divers examens (baccalauréat, brevet, concours des

grandes administrations publiques ou privées). L'une d'elles et non la moins curieuse était une jeune religieuse qui venait d'être reçue à la licence ès lettres et préparait des jeunes filles au baccalauréat. Plus rarement, c'étaient de jeunes paysans ayant quitté leur village, mais la majorité appartenait au milieu urbain instruit et cultivé. Souvent une fièvre typhoïde avec ou sans délire concomitant avait précédé de plusieurs mois l'apparition des signes confusionnels. Les stigmates physiques de la dégénérescence ne dépassaient pas la moyenne rencontrée chez les jeunes citadins du même milieu : psychiquement, ce n'était que ce qu'on appelle vulgairement les nerveux, sans rien de plus. Rarement convulsions vulgaires de l'enfance.

Cet état persiste des semaines, parfois des mois : l'agitation et l'onirisme, le désordre des actes et des idées dominent toujours la scène, mais sournoisement la tuberculose pulmonaire fait son œuvre ; les signes stéthacousiques deviennent nets, l'amaigrissement, la toux apparaissent : on trouve des bacilles de Koch dans l'expectoration.

Peu à peu, la tuberculose vulgaire du poumon en arrive à dominer la scène ; les troubles mentaux se calment, disparaissent même et le malade sort de l'asile et achève chez lui ou dans un hôpital le cycle de sa maladie. Ce ne sont point des sujets admissibles dans un sanatorium car leur état subfébrile et la marche rapide de leur affection empêchent de les y admettre.

Il ne nous a pas souvent été donné de faire d'autopsies de sujets de cette catégorie et nous n'avons pu faire aucun examen histologique. Microscopiquement, l'axe cérébro-spinal paraît sain, les poumons sont habituellement au stade des cavernes et rien n'a été remarqué dans les autres organes.

Nous rattachons donc cet état très spécial et qui ne semble pas très rare puisque nous en avons observé une quinzaine de cas en vingt ans, à une toxémie, fonction du bacille de Koch évoluant chez des sujets plus ou moins surmenés intellectuellement et fatigués physiquement.

Nous ajouterons que chez les séminaristes que nous avons observés, nous n'avons point constaté de véritable délire mystique, mais évidemment les sujets empruntaient (autant que l'on peut analyser un état hautement confusionnel) à leur milieu et à leur éducation les éléments de leurs divagations. Cet état s'accompagne d'onirisme, par conséquent de troubles halluci-

natoires visuels, rarement auditifs ; jamais les autres sens ne paraissaient atteints.

Dans certaines formes de tuberculose des nègres, nous avons vu des délires très intenses confusionnels, mais là il y avait des ébauches sinon des signes nets de localisation méningée. Cet état, différent de celui que nous étudions ici, en est voisin, mais il s'accompagne de signes rappelant plus ou moins le méningisme de Dupré. A l'autopsie, aucune lésion nette du névraxe. Ces méningites des nègres qu'on rencontre aussi chez les indigènes de l'Indo-Chine et des autres colonies ont été étudiées récemment par le Professeur Jeauneau de l'Ecole de Médecine Coloniale de Marseille.

II. COMMUNICATIONS DE NEUROLOGIE

Sur un phénomène curieux : Synergie fonctionnelle entre l'orbiculaire des paupières et les peauciers du cou

Par Stanislas Wladyczko

Professeur de neurologie à l'Université de Wilno (Pologne)

Le phénomène que nous rapportons ici nous a paru intéressant à relater (1).

Il s'agit d'un homme de 55 ans, M. G. S., agriculteur ; il vient nous consulter au sujet d'une particularité qui existe chez lui, comme il raconte, depuis sa plus tendre enfance.

Son aspect (photographie N° 1) n'attire pas spécialement l'attention de l'observateur, mais les choses changent complètement dès qu'il ferme énergiquement ses yeux, d'une façon active et volontaire (photographie N° 2) ; dans ce moment-là se produit une contraction très énergique, mais involontaire, des peauciers du cou, qui restent contractés tant que la fermeture des paupières continue. Les peauciers du cou font saillir très nettement, très visiblement leurs fibres sous la peau. Ces mouvements sont bilatéraux, même dans la condition de la fermeture d'un seul œil quelconque. Une nouvelle fermeture des yeux forte et active provoque une nouvelle contraction très nette et très énergique des peauciers du cou. Ces deux mouvements sont synchroniques, liés d'une façon

(1) Outre cela, Prof. St. Wladyczko a présenté pendant la séance de communications des projections photographiques concernant 2 cas de phénomène de Marcus Gunn : 1 cas typique (observation personnelle) et 1 cas forme anormale de ce phénomène (observation de L. Everett).

involontaire et inconsciente. Quelquefois, la contraction des peauciers disparaît peu à peu après l'ouverture des yeux.

Aucun de ses parents et de ses 3 enfants ne présente une affection analogue à la sienne. Son père est mort à l'âge de 70 ans, « de la vieillesse », comme relate notre malade ; la mère est morte à l'âge de 47 ans, de tuberculose pulmonaire. Il fait partie d'une famille de 6 enfants ; 4 sont vivants, en bonne santé, 2 sont morts dans leur première enfance.

Dans ses antécédents personnels on trouve pendant son



Fig. 1



Fig. 2

enfance une rougeole et une coqueluche, une bronchite catarrhale chronique et ictérus catarrhalis à l'âge de 18 ans.

C'est un homme bien constitué, présentant toutes les apparences d'une bonne santé.

Il ne se plaint de rien en dehors du phénomène bizarre pour lequel il vient consulter le médecin.

On ne peut pas déceler aucune autre anomalie ni aucun autre trouble du côté du système nerveux. La force musculaire et les réfleexs sont normaux ; l'examen électrique de divers muscles n'a révélé rien d'anormal. Il n'y a aucun trouble de la sensibilité aux différents modes ; aucun trouble trophique ni vaso-moteur. Aucun trouble psychique ; facultés normales ; l'émotivité ne paraît pas troublée. L'examen systématique de ses organes internes ne révèle rien de notable, excepté les légers signes de myocardite et de petite dilatation de l'aorte

ascendante. Ni sucre, ni albumine dans les urines. La réaction Bordet-Wassermann (pratiquée sur le sang) est négative.

On peut considérer ce phénomène comme une variété de ces faits que l'on a décrits sous la dénomination de mouvements associés.

Nous constatons le phénomène en question pour la première fois et nous n'avons pas pu trouver dans la littérature la synergie analogue.

Nous considérons ledit phénomène comme une forme congénitale qui est en rapport avec une malformation constitutionnelle.

Mais quel est le mécanisme intime de cette malformation ? En quel point s'établit l'anastomose nerveuse qui provoque la contraction simultanée des muscles, la connexion fonctionnelle qui n'existe point à l'état normal ? Est-elle d'origine périphérique ou plutôt d'origine centrale ? Seulement l'examen nécropsique pourrait donner des éléments permettant, peut-être, de solutionner cette question.

Discussion

M. Obreggia (de Bucarest). — J'ai demandé la parole pour exprimer tout d'abord le plaisir que m'a produit la très intéressante communication du Profeseur Wladyczko et la belle démonstration cinématographique qui nous a été donnée. J'ai, en deuxième ligne, le devoir de rectifier un seul point : c'est la dernière projection, qui, du reste, a été annoncée par M. Wladyczko comme appartenant à une revue médicale américaine. Ce cas me paraît tout différent. On y voit clairement l'asymétrie faciale due à une ancienne paralysie du nerf facial droit. Or, dans une communication qui se trouve insérée aux comptes rendus de la Société de Biologie, en 1908, j'ai décrit sous le nom de réflexe oculo-mentonnier ce fait que, dans les paralysies un peu anciennes du nerf facial, il se produit par altération neuro-musculaire ce phénomène qu'à chaque attouchement ou mouvement de l'orbiculaire des paupières, il se produit une contraction dans l'orbiculaire et le triangulaire des lèvres, partie correspondante, parfois aussi dans le petit muscle de la houppe du menton. Ce dernier cas, qui est très différent de ceux qui sont propres à M. le Professeur Wladyczko, n'est pas professionnel, mais bien une conséquence pathologique de la paralysie faciale.

M. Bourguignon (de Paris). — Je suis complètement d'accord avec le Professeur Obregia pour considérer que l'une au moins des photographies que nous avons vues est celle d'une paralysie faciale guérie avec contracture.

A un point de vue plus général, il serait intéressant de mesurer la chronaxie chez les sujets du Professeur Stanislas Wladyczko. Il est probable que les synergies qu'il nous présente sont en rapport avec un isochronisme anormal.

J'ai montré que, à l'état normal, la chronaxie classe les muscles de la face en deux groupes : les releveurs des traits innervés par le facial supérieur dont la chronaxie est de $0^{\sigma}44$ à $0^{\sigma}72$, égale à celle des extenseurs des doigts, et les abaisseurs des traits innervés par le facial inférieur et dont la chronaxie est de $0^{\sigma}20$ à $0^{\sigma}36$ égale à celle des fléchisseurs de la main et des doigts, ce qui m'a fait dire que les releveurs des traits sont les extenseurs de la face et les abaisseurs en sont les fléchisseurs ; à ce dernier groupe appartient le sourcilier qui, quoique innervé par le facial supérieur, est un abaisseur des traits et a la même chronaxie ($0^{\sigma}20$ à $0^{\sigma}36$) que tous les abaisseurs. Lorsque des muscles normalement non synergiques fonctionnent synergiquement, j'ai toujours trouvé un isochronisme anormal. C'est ce qui arrive entre le Long supinateur et les Radiaux au cours de la régénération du radial après suture. Il arrive qu'au cours ce cette régénération, le Long supinateur ne se contracte plus dans la flexion de l'avant-bras, mais se contracte pendant le relèvement des poignets par les Radiaux : au lieu d'être synergique du biceps, il est devenu synergique des radiaux ; à ce moment, au lieu d'avoir la même chronaxie que le biceps, il a la même chronaxie que les radiaux. Puis l'évolution continuant, les Radiaux et le Long supinateur reprennent leur chronaxie normale : à ce moment, la synergie pathologique disparaît et la synergie normale se rétablit.

Une observation que j'ai publiée à la Société de Neurologie fournit une preuve saisissante de ces faits.

Il s'agissait d'un blessé de guerre, dont le nerf facial d'un côté avait été sectionné à la sortie du trou stylo-mastoïdien. Il était donc impossible de tenter ni suture ni greffe. Le Pr. Lecène, chirurgien des hôpitaux de Paris, fit à ce blessé une anastomose hypoglosso-faciale en suturant le bout périphérique du facial au bout central d'une portion de l'hypoglosse. Le résultat opératoire fut parfait et tous les muscles de la face retrouvèrent leur volume et leurs mouvements ; mais la mimi-

que avait disparu. Le blessé était incapable de contracter isolément un muscle ou un groupe de muscles ; les abaisseurs et les releveurs fonctionnaient toujours ensemble et synergiquement avec la langue. Quand j'examinai ce blessé, alors que la réparation anatomique était faite, je constatai l'absence de tout signe de dégénérescence neuro-musculaire ; mais l'étude de la chronaxie montra que tous les muscles de la face avaient la même chronaxie, celle des releveurs des traits ($0^{\sigma}44$ à $0^{\sigma}72$) et cette chronaxie était égale à celle de la langue. La synergie anormale de tous les muscles de la face était en rapport avec l'isochronisme anormal des deux groupes musculaires de la face, les releveurs et les abaisseurs des traits. Il me paraît donc du plus haut intérêt d'étudier la chronaxie des sujets si intéressants dont le M. le Professeur Stanislas Wladyczko vient de nous raconter l'histoire et de nous présenter les photographies.

Signe d'Argyll-Robertson unilatéral et conservation du double réflexe consensuel chez une paralytique générale

Par M. Jean Lauzier, de Clermont (Oise)

L'observation que j'ai l'honneur de vous rapporter est celle d'une femme de mon service, paralytique générale, qui a présenté pendant plus d'un an un signe d'Argyll-Robertson unilatéral associé à une réaction consensuelle positive dans les deux yeux. L'évolution des réactions pupillaires de cette malade fut intéressante à suivre : les pupilles absolument normales au moment de l'entrée devinrent d'abord inégales, la gauche plus petite que la droite ; puis la pupille gauche resta immobile à l'excitation lumineuse directe, tout en continuant de se rétrécir lors de l'éclairage de l'œil droit ; puis peu à peu la double réaction consensuelle devint de plus en plus paresseuse, et bientôt disparut ; en même temps le signe d'Argyll apparaissait au niveau de l'œil droit. Enfin, depuis quelques semaines, les mouvements de l'iris en relation avec l'accommodation, qui jusqu'ici étaient conservés dans les deux yeux, tendent à disparaître. On a pu ainsi, assister au développement graduel et progressif d'une ophtalmoplégie interne aboutissant à une immobilité pupillaire complète.

A... Augustine, 45 ans, entrée à l'Asile, le 15 janvier 1925. Antécédents personnels : éthylisme, pas de fausses couches, 4 enfants nés à terme, une fille morte de convulsions. On est aussitôt frappé par son air d'abrutissement et d'hébètement. Les questions les plus simples ne sont comprises qu'avec un long retard. Les réponses sont très lentes et difficiles à comprendre en raison de l'intensité du bredouillement. Quand on lui demande de tirer la langue, elle saisit cette dernière entre deux doigts et la tire au dehors. Elle reste indifférente à tout ce qui l'entoure, conserve un air béat et fredonne par instants. L'orientation est très troublée et son jugement très

affaibli. L'obnubilation intellectuelle est tellement accentuée qu'il n'apparaît aucune idée délirante. En dehors de la dysarthrie très intense, l'examen révèle un tremblement fibrillaire des mains avec de petites secousses brusques des doigts toutes les 40 secondes environ. La langue et les lèvres présentent une grosse trémulation fibrillaire. La démarche est trébuchante et titubante et l'on note un léger degré d'ataxie avec exagération de l'effort nécessaire pour accomplir un acte simple. Il ne paraît pas y avoir de troubles de la sensibilité cutanée. Les réflexes rotuliens et achilléens sont très vifs. Le réflexe abdominal existe. Les signes de Babinski et d'Oppenheim sont absents. L'examen des yeux montre que l'acuité visuelle reste bonne ainsi que la motilité du globe. Pas de strabisme ni de nystagmus. Les pupilles sont égales et réagissent normalement à la lumière et à l'accommodation. La ponction lombaire faite quelques mois après l'entrée, montre un liquide clair, non hypertendu. Il contient 0 gr. 50 d'albumine, 20 lymphocytes par mm^3 et la réaction du benjoin est positive.

Au cours des semaines suivantes, la malade conserve la même attitude d'indifférence totale. Elle reste calme, placide, désœuvrée, incapable de se subvenir en quoi que ce soit, mais ne gâtant pas. Il lui est impossible de construire une phrase de quelques mots, d'une part à cause de l'intensité de sa dysarthrie, d'autre part en raison d'une véritable apraxie idéatoire. Les réactions pupillaires restent normales et ce n'est que 6 mois après l'entrée, en août 1925, qu'une inégalité pupillaire est reconnue. La pupille gauche tout en restant régulière et centrale, est nettement plus petite que la droite. Cette inégalité persiste les mois suivants, et en février 1926, l'examen oculaire révèle les particularités suivantes : la pupille gauche, toujours plus petite, montre une fixation complète à l'éclairage direct, mais elle réagit toujours à la convergence ; de plus, elle se rétrécit lorsqu'on éclaire l'œil droit (réaction consensuelle). Quant à la pupille droite, elle réagit normalement à toutes les excitations. On est en somme en présence d'un signe d'Argyll-Robertson latéralisé à gauche, avec conservation du réflexe consensuel dans les deux yeux. Ces réactions pupillaires paradoxales se retrouvent pendant toute l'année 1926, en même temps que l'état mental se maintient sans changement. En janvier 1927, le réflexe consensuel devient peu à peu de plus en plus paresseux et également le

myosis de la pupille droite, provoqué par l'éclairage direct de cet œil, n'apparaît plus qu'après un long retard. Au mois d'avril 1927, l'examen montre que le signe d'Argyll est devenu bilatéral, que la réaction consensuelle a disparu, mais l'anisocorie persiste toujours, la pupille gauche restant plus étroite que la droite. Enfin, en juin dernier et depuis quelques semaines, la réaction des deux pupilles à l'accommodation devient de plus en plus paresseuse autant qu'on en puisse juger en raison de l'état démentiel ; l'inégalité est également moins perceptible et un myosis permanent tend à s'installer dans les deux yeux. En somme l'évolution des troubles de la motilité irienne paraît dans ce cas, se faire vers une ophtalmoplégie interne totale et une immobilité pupillaire complète.

Surtout depuis quelques années, on a signalé assez fréquemment des cas d'iridoplégie réflexe unilatérale. C'est ainsi que Lutz, de la Havane, en 1918, comptait une proportion de 3 à 4 0/0 de paralytiques généraux présentant un signe d'Argyll unilatéral (1). Par contre, l'association d'un symptôme d'Argyll unilatéral et d'un réflexe consensuel conservé dans les deux yeux est bien plus rare. Lutz, en rapportant l'observation détaillée d'un cas de ce genre, n'a pu trouver que cinq observations similaires dans la littérature. Enfin, l'an dernier, Menninger a relaté un cas analogue dans le *Journal des maladies nerveuses et mentales de New-York* (2).

On considère aujourd'hui (3), que la motilité de l'iris est sous la dépendance de deux systèmes antagonistes : un système constricteur parasympathique agissant sur le sphincter et un système sympathique sur le dilatateur. Des cellules sensorielles de la rétine, l'excitation lumineuse est transmise par l'intermédiaire des cellules bipolaires aux cellules ganglionnaires dont le prolongement central constitue le nerf optique. Ces fibres forment là un faisceau, dit pupillaire, qui se rend au Chiasma, puis par la bandelette aux tubercules quadrijumeaux antérieurs. Là, les fibres plongent vers les noyaux de la base et le centre du sphincter irien serait situé à

---

(1) Lutz. — Report of a case of a unilateral Argyll-Robertson pupil, in which consensual reaction existed in both eyes. *Archives of oplalmology*, Vol. 47, Nos 3 et 4, mars-avril 1918.

(2) Menninger. — Unilateral Argyll-Robertson pupil, with presence of consensual reaction in both eyes. *The Journal of Nervous and Mental disease*, Vol. 63, No 1, janvier 1926.

(3) Danis et Coppez. — *Exploration de la pupille* (Rapport au groupement d'études oto-neuro-ophtalmologiques belges, décembre 1925).

la partie antérieure du noyau du moteur oculaire commun sous le plancher de l'aqueduc de Sylvius. De ce centre photomoteur, les fibres centrifuges gagnent le tronc de la 3e paire, suivent la branche du petit oblique et se jettent dans le ganglion ciliaire, dont elles forment la racine courte. De ce ganglion, partent les nerfs ciliaires destinés au sphincter. La lésion qui provoque le signe d'Argyll serait localisée dans la région du centre photomoteur, et l'on comprend qu'une petite lésion interrompant seulement les fibres qui correspondent à la réaction lumineuse directe, et laissant intactes les fibres collatérales qui se rendent à l'autre côté, puisse expliquer la persistance de la réaction consensuelle dans les deux yeux.

Un cas curieux de kinésie paradoxale

Par MM. Adam et Stavridhis (Asile de Rouffach)

Messieurs, dans les intéressantes leçons qu'ils ont données au cours de l'année 1924, à l'Université de Bordeaux (leçons publiées chez Baillière sous le titre : *Les états parkinsoniens et le syndrome bradykinétique*), MM. Verger et Cruchet rapportent plusieurs observations de sujets bradykinétiques capables cependant de « se déclancher » brusquement, voire de réagir violemment si on les importune ; M. Souque a donné à ce phénomène le nom de kinésie paradoxale. M. Cruchet déclare en parlant de certains de ces malades qui jouaient fréquemment au bouchon : « ...Si l'on y regarde de près, ces divers mouvements n'ont pas la vivacité, la rapidité ni la souplesse qu'ils devraient avoir. Mes joueurs de bouchon, dit-il, manœuvraient leur bras droit avec une lenteur anormale et prenaient dix fois plus de temps que leurs camarades de jeu avant de se décider à lancer le palet ». Or, nous avons eu la surprise de surprendre un jour, un de nos bradykinétique, aux mouvements très lents et qui s'acquitte avec une sage lenteur de la mission de ramasser dans l'Asile les bouts de papiers que laissent trainer les malades, en train de jouer à ce vieux jeu que l'on dénomme, suivant les régions, quinet ou quillon et qui consiste à frapper avec un bâton sur un bout de bois pointu en ses deux extrémités, à le faire de la sorte sauter en l'air et, pendant qu'il est en l'air, à le frapper à nouveau d'un coup de bâton, pour l'envoyer au loin. Nous ne prétendons pas que ce malade se montrait à ce jeu aussi adroit que ses camarades normalement kinétiques, mais il lui arrivait fréquemment de rattraper le quinet au vol ce qu'il n'aurait évidemment pu faire s'il était « dix fois plus lent » qu'un autre joueur. Il nous a paru intéressant de rapporter ce cas et de vous présenter des photographies d'un bradykinétique en train de pratiquer ce jeu.

De l'atrophie cérébrale dans la paralysie générale

Par M. L. Marchand (de Paris)

L'atrophie cérébrale à la dernière période de la paralysie générale est constante. On peut admettre qu'elle est en moyenne de 100 gr. Dans un travail, déjà ancien (1), j'ai montré que l'atrophie porte surtout sur les régions antérieures des hémisphères cérébraux ; le mésocéphale ne présente qu'exceptionnellement une diminution de poids proportionnellement aussi accusée que celle du cerveau.

Dans le cas suivant, j'ai constaté une atrophie si considérable du cerveau que j'en ai profité pour en étudier les caractères anatomo-pathologiques et les comparer aux lésions que l'on note au début de l'affection.

H... E., entre une première fois à l'âge de 41 ans, à l'Asile de Villejuif, le 4 octobre 1918. Mobilisé en 1914, il ne présente rien d'anormal jusqu'en août 1918. A cette époque, à la suite d'un acte délictueux, il est mis en prison où il tente de se suicider. Dès sa sortie de prison, il manifeste des idées de grandeur ; il met des galons à son képi, porte des décorations, écrit des lettres incohérentes. Mis en observation au Val-de-Grâce, il est interné quelques jours plus tard à l'Asile de Villejuif.

Rien de particulier dans ses antécédents héréditaires. H... a contracté la syphilis à 18 ans (chancre, roséole, plaques muqueuses). Il a été traité pendant 6 à 8 mois (injections de benzoate de mercure, pilules mercurielles, sirop de Gibert). Il n'a plus présenté aucun accident dans la suite. Il avoue avoir fait des excès alcooliques.

A son entrée à l'Asile, on constate des troubles de la mémoire, des idées de richesse. L'embarras de la parole est peu accusé. Les pupilles sont insensibles à la lumière. Les

(1) L. Marchand. — Poids de l'encéphale dans la paralysie générale et la démence sénile. *Sc. Ana.*, 30 janv. 1903.

réflexes rotuliens sont exagérés. Tremblement de la langue. La réaction de Wassermann est positive dans le sang.

Dans la suite, l'état mental s'améliore considérablement sans aucun traitement spécial. Les idées délirantes disparaissent. Le syndrome physique ne présente aucun changement. H... est mis en liberté le 8 janvier 1919. Il est de nouveau interné trois ans plus tard, le 30 mars 1922. On constate alors les symptômes suivants : affaiblissement psychique, dysmnésie, orientation imparfaite. Atonie. Lenteur de l'idéation. Indifférence, euphorie. Pas d'idées délirantes, mais désordre des actes. H... a été arrêté sur la voie du chemin de fer des Invalides ; il ne s'était pas garé au passage d'un train que le mécanicien avait été obligé d'arrêter. Embarras de la parole. Abolition des réflexes achilléens. Les réflexes rotuliens sont inégaux. Signe d'Argyll-Robertson. Wassermann positif dans le sang. Lymphocytose du liquide céphalo-rachidien (55 éléments), sans albuminose (0,45) ; réactions de Wassermann et de Guillain positives.

Les mois suivants, l'évolution de la paralysie générale est lentement progressive. H... présente des alternatives de dépression et d'excitation. En novembre 1925, il devient gâteux. Il a de la difficulté à se tenir debout et à marcher. Bredouillement de la parole. Mis au lit, il s'affaiblit rapidement. Il meurt le 26 janvier 1926, au cours d'un ictus avec hyperthermie.

Autopsie. — Rien de particulier à l'extraction de l'encéphale. Le cerveau apparaît très atrophié dans la cavité cranienne. L'hémisphère gauche pèse 550 gr., le droit 410 gr. ; le cervelet et le bulbe 160 gr. Les circonvolutions de l'hémisphère droit sont ratatinées et laissent entre elles des anfractuosités surtout accusées au niveau de la face externe du lobe frontal, de la moitié inférieure du lobe pariétal, au niveau des première et deuxième temporales. Aspect laiteux des méninges qui adhèrent au cortex. Aucune trace d'athérome. Sur les coupes transversales, on note une augmentation considérable du volume des ventricules latéraux surtout importante du côté droit et portant principalement sur la corne occipitale. Alors que les circonvolutions de l'hémisphère gauche ont conservé une apparence morphologique à peu près normale, les circonvolutions de la face externe de

l'hémisphère droit sont atrophiées, chacune d'entre elles ne forment plus que des languettes n'ayant pas plus de 1 à 2 millimètres d'épaisseur. Sur leurs coupes transversales, on distingue encore la substance blanche de la substance grise. On ne note nulle part de foyer de ramollissement. Granulations du plancher du quatrième ventricule. Rien de particulier au niveau du cervelet et du bulbe.

Examen histologique. Cerveau. — L'examen a porté sur les régions les moins atrophiées et sur celles où l'atrophie atteint son maximum.

Dans les régions les moins atrophiées, les lésions sont celles de la paralysie générale ordinaire : méningite subaiguë avec infiltration embryonnaire surtout accusée autour des vaisseaux. Dans le cortex, périvascularite nette sans lésions d'endartérite. Les différentes couches cellulaires du cortex ont conservé leur ordination, malgré la néovascularisation capillaire intense et l'infiltration du cortex par de nombreuses cellules rondes et des cellules en bâtonnets. Atrophie considérable des fibres tangentielles et disparition presque complète de la strie de Baillarger.

Dans les régions les plus atrophiées, les lésions de la pie-mère ne diffèrent en rien de celles que nous avons décrites plus haut. La méningite subaiguë et les lésions périvasculaires sont très accusées. Le tissu méningé forme entre les circonvolutions atrophiées de larges mailles de tissu contenant de nombreux macrophages. Aucune trace d'oblitération vasculaire.

Les circonvolutions, quoique très atrophiées, restent formées encore d'une couche corticale et d'une partie centrale de substance blanche. Dans le cortex, la couche moléculaire reste nettement distincte. Les couches des cellules pyramidales sont complètement bouleversées et on ne rencontre plus que des cellules atrophiées ayant perdu leur forme pyramidale. Tout le tissu est infiltré de cellules rondes, de macrophages et de cellules en bâtonnet. Périvascularite intense.

Au Weigert-Pal, on note la disparition de la strie de Baillarger et des fibres tangentielles. La substance blanche n'est plus représentée que par une mince lame de fibres à myéline. Présence de nombreux corpuscules hyaloïdes.

La coloration de la névroglie (méthode de Weigert) mon-

tre qu'à côté de ces lésions atrophiques parenchymateuses, il existe une prolifération intense de la névroglie. Dans la substance corticale, présence de nombreuses cellules en araignée, d'astrocytes géants ; dans la substance blanche, la névroglie est représentée par un feutrage épais de fibrilles névrogliques. Ces lésions sont toujours plus accusées à la partie périphérique du cortex et autour des vaisseaux. Dans les noyaux gris centraux, mêmes lésions atrophiques que dans les circonvolutions et périvascularite intense.

Cervelet. — Par rapport aux lésions cérébrales, on ne note dans le cervelet que peu de lésions. Elles consistent surtout en l'infiltration de la pie-mère par de nombreuses cellules embryonnaires.

Bulbe. — Dans son ensemble, le bulbe paraît atrophié sans dégénérescence des pyramides.

Il est rare de rencontrer chez les paralytiques généraux une atrophie cérébrale aussi prononcée. D'après mes constatations, c'est dans les formes prolongées de la paralysie générale que l'atrophie est surtout manifeste. Dans notre cas, l'infection a eu une durée de 7 ans et demi.

L'atrophie cérébrale dans la paralysie générale est une atrophie scléreuse, secondaire à l'encéphalite. La sclérose de la couche moléculaire et la sclérose périvasculaire sont très précoces. Dans les régions où l'atrophie est accusée, on trouve toujours une prolifération intense du tissu névroglique se manifestant par la présence d'astrocytes géants produisant un feutrage de fibrilles plus ou moins épais.

Le processus paralytique à marche progressive n'entraîne que lentement une dégénérescence des éléments nobles du cerveau. Cette constatation vient à l'appui de la thèse que dans la paralysie générale, les lésions méningées et périvasculaires, les réactions du tissu névroglique précèdent les altérations des cellules nerveuses et des fibres nerveuses, ce qui explique les rémissions quelquefois de longue durée que l'on note au cours de la maladie.

Chronaxie des muscles de la jambe et réflexe plantaire chez l'homme et chez le lapin en physiologie et en pathologie, et chronaxie normale du nerf vestibulaire de l'homme

Caractéristiques de l'espèce humaine et de l'individu fournies par l'étude de ces chronaxies

Par M. G. Bourguignon (de Paris)

Dans cette communication, je ne devais d'abord parler que des réflexes plantaires. Il m'a semblé plus intéressant d'y ajouter le nerf vestibulaire, parce que l'étude de sa chronaxie, jointe à celle des chronaxies de la jambe, me permettra quelques considérations d'une portée plus générale et intéressantes même au point de vue psychologique.

I. Réflexe plantaire et chronaxie. — Chez l'homme adulte normal, la chronaxie des fléchisseurs des orteils ($0^{\sigma}44$ à $0^{\sigma}72$) est le double de la chronaxie des extenseurs ($0^{\sigma}20$ à $0^{\sigma}36$). La chronaxie des nerfs sensitifs plantaires est égale ($0^{\sigma}44$ à $0^{\sigma}72$) à celle des fléchisseurs : il y a donc isochronisme sensitivo-moteur entre les nerfs sensitifs plantaires et les fléchisseurs des orteils ; *le réflexe plantaire est en flexion,* ce qui est conforme à la loi générale des réflexes cérébro-spinaux que j'ai donnée ailleurs.

Dans les lésions pyramidales pures, le réflexe plantaire se renverse (signe de Babinski) : la chronaxie des extenseurs double de valeur et devient ainsi égale à la chronaxie des nerfs sensitifs plantaires ($0^{\sigma}44$ à $0^{\sigma}72$). Au contraire, la chronaxie des fléchisseurs diminue de moitié et devient $0^{\sigma}20$ à $0^{\sigma}36$. Dans ces conditions, le réflexe est bien toujours conditionné par l'isochronisme *sensitivo-moteur,* mais par un isochronisme anormal entre les nerfs sensitifs plantaires et les

extenseurs. Remarquons que la pathologie a changé les valeurs absolues, mais n'a pas modifié la loi physiologique générale.

Dans ces conditions, le rapport de la chronaxie des fléchisseurs des orteils à celle des extenseurs est l'inverse dans les lésions pyramidales de ce qu'il est à l'état normal et l'on peut dire que le signe de Babinski est la manifestation clinique du renversement du rapport des chronaxies des deux faces de la jambe.

Au membre supérieur, les choses se passent différemment. A l'état normal, les *fléchisseurs des doigts* ont la même chronaxie que les *extenseurs des orteils* et les *extenseurs des doigts* la même chronaxie que les *fléchisseurs des orteils.*

Chronaxiquement, à l'état normal, les faces antérieure et postérieure de l'avant-bras et de la jambe, sont homologues face à face sans s'inquiéter de flexion ou d'extension.

Dans les lésions pyramidales, à l'avant-bras, le rapport reste de même sens qu'à l'état normal ; l'écart entre la chronaxie des fléchisseurs des doigts et celle des extenseurs est seulement plus grand, par diminution de la chronaxie la plus petite et augmentation de la plus grande.

Comment s'expliquer le renversement du rapport des chronaxies à la jambe et l'absence de renversement du rapport à l'avant-bras ? L'étude de l'enfant et des mammifères m'a fourni la réponse à cette question.

L'enfant à la naissance et jusqu'à ce qu'il marche, a le réflexe plantaire en extension : *chez lui, le rapport de la chronaxie des fléchisseurs des orteils à celle des extenseurs est l'inverse de celui qu'on trouve chez l'homme adulte normal,* c'est-à-dire que chez l'enfant, ce sont les extenseurs qui ont la chronaxie la plus grande. Le rapport, chez l'enfant, est donc le même que chez l'homme hémiplégique. Au membre supérieur au contraire, s'il y a une différence dans les valeurs absolues des chronaxies, le rapport de la chronaxie des muscles antérieurs à celle des muscles postérieurs est de même sens que chez l'adulte.

Chez les mammifères, un auteur anglais, Rudolf, a montré que, de deux choses l'une, ou bien on ne trouve pas de réflexe plantaire, ou bien il est en *extension* même chez les singes les plus élevés. Cet auteur dit que le lapin fait partie de ceux chez qui on n'obtient pas de réponse. En cherchant à contrô-

ler ce fait, j'ai vu qu'avec quelques précautions, on obtient très bien le réflexe plantaire chez le lapin, et il est en *extension,* ce qui est d'accord avec la loi générale trouvée par Rudolf.

La chronaxie des extenseurs des orteils du lapin est $0^{\sigma}12$ en moyenne, double de celle des fléchisseurs des orteils ($0^{\sigma}06$ en moyenne) : *le rapport est donc de même sens que chez l'enfant et chez l'homme hémiplégique.* A la patte antérieure, au contraire, la chronaxie la plus grande se trouve, comme chez l'homme, à la face postérieure.

Ainsi, la lésion pyramidale ramène tout simplement le rapport des chronaxies des deux faces de la jambe à ce qu'il est passagèrement chez l'enfant, et toute la vie chez les mammifères. Chez l'homme adulte, les homologies chronaxiques des membres supérieurs et inférieurs sont l'inverse des homologies embryologiques. Embryologiquement, en effet, la face antérieure de la jambe est homologue de la face postérieure de l'avant-bras et vice-versa. Chronaxiquement, les faces antérieures et postérieures des deux membres supérieurs et inférieurs sont homologués face à face. Chez l'enfant transitoirement, chez les mammifères pendant toute la vie et chez l'homme atteint de lésions pyramidale pure, au contraire, les homologies chronaxiques se superposent aux homologies embryologiques. La lésion pyramidale a donc simplement pour effet de ramener les homologies embryologiques, c'est-à-dire de provoquer un retour du rapport de la chronaxie des fléchisseurs à celle des extenseurs à la jambe à l'état embryonnaire, comme la destruction du nerf moteur entraîne le retour du muscle à l'état embryonnaire. A l'avant-bras, le rapport étant de même sens chez l'adulte qu'à l'état embryonnaire, ne change pas. Je pense que c'est là la raison du renversement du rapport à la jambe et de l'absence de renversement à l'avant-bras et que c'est là la signification du signe de Babinski.

De ces considérations découle une conclusion très générale. Chez l'Homme, on observe à la jambe, deux chronaxies successives ; l'une, primitive, originelle, embryonnaire ; l'autre secondaire, acquise, fonctionnelle. Cette dernière est en rapport évidemment avec la station debout qui est caractéristique de l'espèce humaine. Le sens du rapport des chronaxies des extenseurs et des fléchisseurs des orteils est donc spécial

à l'homme adulte. Il nous donne donc une caractéristique de l'espèce humaine.

II. Nerf vestibulaire et sa chronaxie. — Si l'étude de la chronaxie des systèmes sensitivo-moteurs cérébro-spinaux nous fournit, avec les chronaxies de la jambe une caractéristique de l'espèce humaine, peut-elle nous fournir une caractéristique individuelle ? L'expérience m'a montré que non : je n'ai pas pu mettre en évidence des différences individuelles dans les chronaxies des systèmes sensitivo-moteurs généraux. S'il y a des differences individuelles, elles sont d'un ordre tel, qu'elles sont plus petites que les erreurs d'expérience et par suite indémontrables.

Le nerf vestibulaire que j'ai étudié cette année avec Mlle Renée Déjean, se comporte différemment à ce point de vue. La chronaxie normale recherchée en prenant comme seuil, le seuil de l'inclinaison de la tête pour des courants brusques de durée connue et variable, est comprise entre 13^{σ} et 22^{σ}. L'écart est le même que sur tous les muscles, nerfs moteurs et nerfs sensitifs généraux ; mais sur un même individu, les écarts sont beaucoup moindres, de sorte qu'on peut mettre en évidence des différences individuelles dans la chronaxie du nerf vestibulaire et classer les individus en première approximation en 3 classes :

1°. Individus à petite chronaxie du nerf vestibulaire de 13^{σ} à 16^{σ}.

2°. Individus à chronaxie moyenne du nerf vestibulaire de 16^{σ} à 19^{σ}.

3°. Individus à grande chronaxie du nerf vestibulaire de 19^{σ} à 22^{σ}.

Quelle est la signification de ces différences individuelles ?

Remarquons d'abord que le nerf vestibulaire a une chronaxie (13^{σ} à 22^{σ} environ) 50 à 100 fois plus grande que celle des nerfs rachidiens ($0^{\sigma}08$ à $0^{\sigma}72$). Ce fait est vraisemblablement en rapport avec les fonctions du nerf vestibulaire qui est le point de départ de nombreux réflexes organo-végétatifs. La chronaxie, comme les fonctions du nerf vestibulaire, apparentent ce nerf au système sympathique.

Or, si nous y réfléchissons, nous voyons que nos personnalités diffèrent beaucoup plus les unes des autres dans nos réactions organo-végétatives (sensibilité au vertige, au mal de

mer, au mal des montagnes ; vomissements plus ou moins faciles ; rougeur émotive variable avec chaque individu) que dans le fonctionnement de nos systèmes sensitivo-moteurs généraux qui sont des instruments d'une précision mathématique, mais impersonnels, au service de notre personnalité.

La chronaxie du nerf vestibulaire serait donc une caractéristique individuelle de chacun de nous.

De nouvelles recherches sont nécessaires pour étayer cette hypothèse : si elle est exacte, je devrai trouver un rapport entre la valeur de la chronaxie et la sensibilité à divers réflexes, comme le mal de mer, le mal des montagnes, le vertige, l'émotivité, etc...

La chronaxie nous fournit donc :

1° par le rapport des chronaxies des fléchisseurs à celle des extenseurs à la jambe, une caractéristique de l'espèce humaine ;

2° par la chronaxie du nerf vestibulaire, une caractéristique individuelle.

On peut résumer tous les faits et hypothèses que je viens d'exposer en quelques formules très générales :

1° les systèmes neuro-musculaires et sensitifs généraux, agents de transmission des excitations et agents d'exécution en quelque sorte, ont une excitabilité d'une précision mathématique, mais n'ont pas de caractère personnel ; on y trouve seulement une caractéristique de l'espèce humaine (chronaxie des muscles de la jambe et réflexe plantaire en flexion) ;

2° la personnalité humaine se manifeste aux deux pôles opposés de notre organisation :

a) dans les systèmes organo-végétatifs : la chronaxie du nerf vestibulaire est la première que j'ai pu mesurer dans ce système et elle caractérise probablement notre individualité organo-végétative ;

b) dans les fonctions psychiques dont le domaine échappe totalement, au moins pour le moment, à la chronaxie.

La connaissance de la chronaxie du nerf vestibulaire ouvre certainement une voie nouvelle dans l'étude des maladies mentales par la recherche de ses variations en psychiatrie. Ce sont des recherches que je me propose de pousuivre ultérieurement.

M. Obregia (de Bucarest). — Je suis heureux d'avoir écouté la très intéressante communication de M. le D[r] Bourguignon et d'en relever l'importance considérable, tant au point de vue théorique que pratique. D'une des applications que j'entrevois comme appelée à rendre beaucoup de services à la Société est celle-ci : dans les offices d'orientation professionnelle, on pourrait tirer profit de cette différentiation remarquablement étendue qui existe entre les différents individus, ainsi que M. le D[r] Bourguignon vient de le démontrer au point de vue de la chronaxie du nerf vestibulaire. Je me permettrai donc de demander si, par la recherche de cette chronaxie spéciale, on ne pourrait donner des indications aux différentes personnes qui demandent orientation pour les emplois où l'audition est appelée à travailler d'une façon spéciale ou prédominante.

M. Boven (de Lausanne). — Le D[r] Bourguignon a-t-il tenté de déterminer la chronaxie individuelle du nerf vague ? Inutile d'insister sur l'intérêt d'une recherche de ce genre qui prêterait à de remarquables rapprochements avec la psychologie différentielle.

M. Paul Boncour (de Paris). — Dans les recherches que le D[r] Bourguignon a faites sur divers groupes éthniques, a-t-il pu découvrir quelques différences entre les types ayant formé la nation française ?

Nous avons trois types bien caractéristiques : l'homo europeus ou nordensis, l'homo alpinus et l'homo mediterraneus. Il serait sans doute possible de relever des variations intéressantes pour l'anthropologie. Nous autres, anthropologistes, sommes persuadés qu'à côté des caractères morphologiques existent des caractères physiologiques.

M. Georges Bourguignon (de Paris). — Je remercie M. le Professeur Obregia des paroles si flatteuses pour moi qu'il vient de prononcer et dont je suis très touché.

Sur la question qu'il me pose, je pense *a priori* qu'il sera intéressant d'examiner les aviateurs au point de vue de la chronaxie du nerf vestibulaire ; mais mes recherches ne sont pas assez avancées pour pouvoir se servir utilement de ce test dès maintenant dans la pratique.

Réponse à M. Paul Boncour. — J'ai eu l'occasion, pendant la guerre, d'examiner quelques nègres, mais seulement au point de vue muscles et nerfs moteurs. J'ai trouvé pour les nerfs et muscles normaux les mêmes chronaxies chez les nègres que chez les blancs. Il est donc à présumer que dans le système sensitivo-moteur, il n'y a pas de différence entre les deux races au point de vue des chronaxies sensitives. Les différences observées par M. Paul Boncour au point de vue sensibilité, doivent être d'ordre psychologique. Si on peut trouver des chronaxies différentes dans les deux races, je pense que ce doit être dans le nerf vestibulaire qu'on les trouvera.

Réponse à M. Boven. — Je n'ai aucun moyen actuellement de mesurer la chronaxie du vague chez l'homme. Je sais très bien qu'il y aurait grand intérêt à le faire, mais il faut que je trouve une technique. Ayant l'habitude de sérier les questions, j'aborderai ce problème lorsque la série de mes recherches m'y amènera. Il n'y a que 10 ans que j'ai établi une technique sûre de mesure de la chronaxie chez l'Homme pour les nerfs moteurs et les muscles et les nerfs sensitifs. Je n'ai pas terminé l'étude de tous les problèmes abordables avec cette technique. La logique est d'épuiser ce que peut donner une technique avant d'en chercher une autre. La question du vague entrera probablement un jour dans le cycle de mes recherches.

Le signe du biceps, syncinésie permettant de distinguer l'hypertonie musculaire de type wilsonien de la rigidité parkinsonienne

Par M. A. Rouquier (de Lyon)

Lorsque, chez un sujet normal, l'avant-bras se trouvant en pronation forcée est mis activement ou passivement en supination également forcée, on constate que le biceps et le brachial antérieur se contractent au moment où s'effectue le mouvement. Il est facile, pourvu que le sujet soit suffisamment musclé et que son pannicule adipeux sous-cutané ne soit pas exagérément développé, de les voir se raccourcir lentement, de sorte que le ventre du biceps remonte un peu. Notre attention est depuis quelque temps attirée sur cette syncinésie physiologique. Elle n'est pas plus accentuée chez les parkinsoniens hypertoniques ou figés, même si le tremblement est très marqué, que chez un sujet normal. En revanche, chez les malades qui présentent une rigidité musculaire surtout ou exclusivement dynamique, apparaissant à l'occasion des mouvements volontaires et ne s'accompagnant pas de bradykinésie, en d'autres termes, une rigidité de type wilsonien, la syncinésie en question est très exagérée, beaucoup plus nette que chez un sujet normal.

Voici deux observations qui nous paraissent assez démonstratives à ce point de vue :

Observation I

Le malade, dont les antécédents ne méritent pas de retenir l'attention, fait remonter le début de son affection à une grippe avec localisation pulmonaire, dont il a été atteint alors qu'il était mobilisé, en 1917. L'interrogatoire ne permet pas de mettre en évidence, à ce moment, de symptômes nets de la série encéphalitique. Quelques mois après, cependant, se sont manifestés les premiers signes de la maladie pour laquelle il a été réformé avec

une pension d'invalidité de 50 0/0. Il s'agit de tremblement apparaissant au repos, intéressant surtout les mains et les bras. Ce tremblement s'est progressivement accentué, de sorte qu'à l'heure actuelle, le malade, absolument incapable de travailler, demande la révision de sa pension.

On est frappé, quand on l'examine, par son faciès à la fois inquiet, anxieux, un peu tragique, mais non pas immobile comme celui des parkinsoniens figés. Les commissaires buccales sont symétriquement abaissées, les sillons jugo-nasaux profondément creusés. Quand on pose une question au sujet, ou qu'on lui donne un ordre, il sursaute et témoigne, par l'expression de sa physionomie, d'une véritable inquiétude de ne pas répondre ou de ne pas l'exécuter correctement ; il existe, chez lui, une grosse hypérémotivité.

Son attitude est à peu près celle d'un parkinsonien : la tête est légèrement fléchie sur la poitrine, le tronc sur le bassin, les avant-bras sur les bras. Mais quand il marche, les mouvements automatiques et associés ne sont pas abolis aux membres supérieurs et nous avons dit que sa physionomie, si elle était voisine de celle des pseudo-bulbaires, ne ressemblait pas tout à fait à celle des parkinsoniens. La voix elle-même n'est pas monotone, mais saccadée.

Il n'existe aucune bradykinésie ; les mouvements actifs se font aussi vite que chez un sujet normal, et, au repos, le malade étant placé dans le décubitus dorsal, par exemple, on ne constate aucune hypertonie ou rigidité musculaire apparente, comme on en rencontre chez les parkinsoniens. Quand le sujet marche, le relief des divers faisceaux constitutifs des muscles apparaît sous les téguments et, à l'occasion d'un mouvement volontaire, on voit se contracter et se durcir la plupart des muscles des segments de membre voisins. Il suffit de mobiliser le poignet, par exemple, ou l'avant-bras, pour que le tonus des muscles du bras augmente considérablement, beaucoup plus que chez un parkinsonien, sans que, cependant, ces derniers se contractent d'une façon suffisante pour provoquer le déplacement habituel du segment de membre. Le sujet ne se contorsionne pas, ne grimace pas ; il n'existe aucun mouvement choréique ou athétosique et les troubles fonctionnels que nous analysons, s'ils s'en rapprochent par certains caractères, sont loin d'être identiques à ceux qu'on observe chez les wilsoniens.

Il est facile, cependant, de mettre en évidence, chez notre malade, les troubles de la contraction dynamique des muscles, en utilisant l'exagération très accentuée d'une syncinésie physiologique. Si, chez un sujet normal, l'avant-bras se trouvant en pronation forcée est mis par l'observateur en supination également

forcée, on constate que le biceps et le brachial antérieur se contractent au moment où s'effectue le mouvement. Ils se raccourcissent lentement et on voit remonter un peu le ventre du biceps. Cette syncinésie est plus nette, quand au lieu d'effectuer un mouvement passif, le sujet effectue le mouvement actif. Chez les parkinsoniens hypertoniques et bradykinétiques, la contraction du biceps et du brachial antérieur s'effectue à peu près comme chez un sujet normal, peut-être avec une plus grande lenteur ; chez notre sujet, elle se fait d'une façon beaucoup plus énergique et paraît beaucoup plus accentuée. On voit l'ascension du ventre du biceps se faire d'une façon plus nette ; la contraction est plus complète, le raccourcissement du muscle plus marqué. Il est facile, avec un peu d'habitude, d'apprécier la différence entre ce qu'on observe normalement et l'exagération du phénomène chez un malade comme le nôtre. Le trouble est chez lui bilatéral, et la contraction syncinétique du biceps et du brachial antérieur aussi nette, d'un côté que de l'autre.

Il existe du tremblement au repos, au niveau des mains, menu, à petites oscillations, c'est-à-dire offrant en somme tous les caractères du tremblement parkinsonien. Ce tremblement disparaît à l'occasion des mouvements volontaires et le sujet ne présente aucune hypermétrie. Mais lorsqu'il a placé son index sur le nez, le tremblement reparaît et l'amplitude des oscillations est plus grande que lorsque les bras sont allongés le long du tronc : le tremblement est donc nettement dystasique, c'est-à-dire exagéré quand le malade adopte une attitude fatigante ou non habituelle ; les oscillations n'augmentent pas progressivement d'amplitude une fois le mouvement commencé ; elles apparaissent lorsque celui-ci est terminé ou interrompu. Le tremblement est bien du type extrapyramidal ou parkinsonien et non pas cérébelleux.

Les réflexes tendineux et ostéo-périostés sont tous conservés, un peu vifs. Il n'existe aucun signe de perturbation pyramidale : pas de clonus de la rotule ou du pied ; cutané plantaire en flexion nette, pas de réflexes de défense. Abdominaux, crémastériens conservés. Les réflexes toniques de posture n'existent pas. Nous avons déjà dit que, malgré le tremblement des membres supérieurs, l'examen ne décelait aucune hypermétrie ; il en est de même aux membres inférieurs. Il n'existe pas d'adiacocinésie ; un peu gêné par la rigidité musculaire supérieure à la normale, qui apparaît au moment où les muscles se contractent, le sujet exécute néanmoins sans hésitation les mouvements rapides et alternés de pronation et de supination. Enfin, la démarche n'est nullement ébrieuse ; le malade fait correctement le demi-tour de pied ferme ou en marchant et ne présente pas de nystagmus.

Ponction lombaire : pas de lymphocytose ; albumine : 0,20 ; Wassermann : négatif.

Il s'agit, en somme, d'un malade chez lequel il n'existe, malgré le tremblement de type parkinsonien, aucune hypertonie statique, aucune bradykinésie, aucune diminution des mouvements automatiques et associés, aucune exagération des réflexes de posture. L'hypertonie est exclusivement dynamique et se manifeste, comme chez les Wilsoniens, à l'occasion des mouvements actifs ou des mouvements passifs provoqués. Elle n'est pas suffisamment nette pour déterminer l'apparition de véritables spasmes d'actions, mais, en somme, les troubles observés s'en rapprochent beaucoup.

L'exagération de la syncinésie physiologique des supinateurs de l'avant-bras et des muscles biceps et brachial antérieur, manifeste chez notre sujet, alors qu'on ne la rencontre pas chez les parkinsoniens bradykinétiques et figés, permet de distinguer, à notre avis, ce type d'hypertonie de la rigidité parkinsonienne qui varie avec toute sorte de facteurs mais ne s'exagère pas d'une façon aussi manifeste à l'occasion des mouvements actifs et, d'autre part, ne disparaît pas complètement au repos.

***

Nous avons eu l'occasion d'observer la même exagération de cette syncinésie chez un second malade dont voici l'observation résumée :

Il s'agit d'un syndrome extrapyramidal grave avec spasmes d'action assez voisins de la maladie de Wilson. Marche hésitante, un peu ébrieuse, mais aucun signe de la série cérébelleuse ou pyramidal (pas d'hypermétrie, d'adiadococinésie, de nystagmus). En revanche, un mouvement passif ou actif quelconque, détermine la contraction réflexe de groupes musculaires voisins, assez éloignés ; d'où l'impotence fonctionnelle. La supination de l'avant-bras, par exemple, provoque la contraction du biceps, du brachial antérieur, du triceps avec contractions fasciculaires au niveau du vaste externe, celle du deltoïde, du grand pectoral. Réflexes tendineux vifs, le rotulien gauche plus que le droit. Hypérémotivité habituelle dans les lésions du corps strié ; dysarthrie accentuée. Liquide céphalo-rachidien : hypéralbuminose (0,40).

Pas de lymphocytose.

Wassermann : négatif.

Le sujet marche difficilement ; son extrême émotivité l'empêche de se livrer à un travail quelconque.

Chez ce dernier malade, ce n'étaient pas seulement les muscles de la loge antérieure du bras qui se contractaient quand on portait l'avant-bras en supination forcée, mais il était facile de se rendre compte que le deltoïde et le grand pectoral se durcissaient simultanément. Le phénomène était plus accentué, si le sujet effectuait lui-même le mouvement de supination.

Nous avons cru utile d'attirer l'attention des neurologistes sur un phénomène insuffisamment étudié, mais qui, à notre connaissance, n'avait pas encore été signalé, et qui permet, vraisemblablement, de distinguer l'une de l'autre deux hypertonies musculaires extra-pyramidales d'un ordre différent, sans doute conditionnées par des lésions anatomiques dissemblables.

Zona intercostal et lombaire
Paralysie des deux nerfs sciatiques poplités externes

Par MM. R. Gaudcheau et R. Dano, de Nantes

M. Den., 19 ans, se présente en mai 1926 à notre consultation de l'Hôtel-Dieu pour une paralysie des deux nerfs sciatiques poplités externes.

Le début de ses accidents morbides remonte à deux mois. Il eut à cette époque un zona des dernières racines intercostales et de la plupart des racines lombaires du côté gauche ; on en voit d'ailleurs encore les traces.

Cette éruption n'a été accompagnée d'aucun phénomène fébrile, d'aucune altération de l'état général, mais seulement de très vives douleurs. Le sujet ne s'est pas alité.

Dix jours après ce début, il ressent une certaine faiblesse de la jambe gauche suivi quatre à cinq jours plus tard des mêmes phénomènes dans la jambe droite. Les mouvements du pied étaient particulièrement gênés, rendant la marche difficile.

Au bout d'une quinzaine de jours, une certaine amélioration se manifeste spontanément à droite. Nous ne sommes amenés à l'examiner que trois semaines plus tard alors que la paralysie du côté gauche commence à son tour à régresser.

Il existe à ce moment une paralysie à peu près complète des muscles du groupe antéro-externe gauche; elle prédomine cependant sur les péronniers et les extenseurs des orteils ; le jambier antérieur esquisse de faibles contractions.

A droite, il y a seulement parésie des muscles du groupe antéro-externe. Tous les mouvements du pied et des orteils peuvent être exécutés volontairement quoique à des degrés divers : les extenseurs des orteils et le jambier antérieur sont cependant encore les plus touchés. Tous les autres mouvements des membres inférieurs sont exécutés normalement. On constate une légère amyotrophie du mollet gauche dont le périmètre est de 31,5 cm. contre 32 cm. à droite.

Les réflexes rotuliens et achilléens sont très vifs à droite ; à gauche, l'un et l'autre sont nettement diminués surtout l'achilléen. Le réflexe de Babinski se fait en flexion plantaire. Aux membres supérieurs, les réflexes stylo-radial et cubito-pronateur sont très difficiles à mettre en évidence. Les réflexes olécraniens sont nettement diminués. Il n'existe aucun trouble de la sensibilité ni subjective ni objective. Les troncs nerveux ne sont pas douloureux.

A aucun moment, il n'a existé de troubles sphinctériens.

Pas de troubles oculaires selon la note qui nous est remise par la clinique ophtalmologique du D[r] G. Sourdille. La réaction de Wasserman s'est montrée négative dans le sang. L'examen électrique des muscles lésés a décélé à droite une simple diminution de l'excitabilité faradique sans modification appréciable de l'excitabilité galvanique. La secousse a été vive. A gauche existait de la D. R. incomplète avec diminution notable de l'excitabilité faradique. Au galvanique les seuils étaient peu modifiés ; mais la secousse était ralentie et les seuils d'ouverture se montraient abaissés tant sur le nerf sciatique poplité externe (NOC = 4,5) que sur le jambier antérieur (NOC = 14 ma.).

Le malade traité par radiothérapie médullaire et galvanisations ascendantes s'était amélioré lentement. Le 12 juillet, la régression de tous ces troubles était encore minime. Il s'est abstenu de revenir nous voir en septembre comme nous le lui avions demandé, mais nous avons récemment appris par sa mère que, se trouvant tellement bien, il avait jugé inutile de nous revenir. Il a d'ailleurs été incorporé en novembre dans l'Infanterie où il a fait depuis lors un service actif.

Ainsi donc, à l'origine de ses troubles paralytiques bilatéraux et localisés au groupe des muscles innervés par le nerf sciatique poplité externe, nous ne trouvons qu'un zona qui semble bien avoir présenté les caractères habituels de cette affection. En dehors des douleurs très vives, il ne s'est accompagné d'aucune réaction fébrile ni générale. Rien ne nous autorise à penser qu'il se soit agi d'un zona symptomatique. Le malade n'a présenté aucun signe de la série encéphalitique.

Il ne peut s'agir de poliomyélite antérieure aiguë. L'évolution de la maladie, les caractères des réactions électriques n'autorisent pas à y songer.

Sans doute, la ponction lombaire n'a pas été pratiquée au

moment de l'éruption. Quand nous avons vu le sujet deux mois après, nous n'avons pas obtenu sans peine qu'il veuille bien se soumettre à une prise de sang en vue de la réaction de Wassermann. Nous avons jugé inutile d'insister pour lui faire accepter la ponction lombaire.

D'ailleurs, les paralysies post-zostériennes sont loin d'être exceptionnelles. On les a surtout signalées, mais non exclusivement, sur les muscles innervés par le nerf facial ou sur la musculature oculaire. Dans notre cas, l'atteinte du névraxe a été assez étendue puisque, si la paralysie a prédominé nettement du côté du zona, elle a néanmoins touché, quoique plus légèrement, le côté opposé.

D'autre part, les réflexes ostéo-tendineux étaient très diminués aux membres supérieurs quoique nous n'ayons constaté au niveau de ces derniers aucun phénomène parétique. Notons également l'évolution favorable quoique lente de tous ces troubles, puisque le sujet fait actuellement un service actif dans l'infanterie.

C'est en raison de ces divers caractères particuliers que nous avons cru devoir vous présenter cette observation.

Une forme akinétique de la chorée de Huntington

Par M. W. Beyerman (de Santpoort, Hollande)

C'est un fait assez connu que la chorée de Huntington n'est pas une maladie uniforme. Les quatre symptômes principaux, la chorée, la progression, la démence et le début à l'âge adulte peuvent y faire défaut. Davenport l'a déjà prouvé pour un très grand nombre de malades. Ici, je veux montrer que la chorée de Huntington connaît aussi une forme akinétique, qui ressemble à plusieurs égards à la maladie de Parkinson. Ensuite, je démontrerai, que les enfants de ces malades du type akiné tique peuvent représenter la forme classique de la maladie de Huntington. Pour ce but, j'ai dessiné les arbres généalogiques de trois familles. Les malades sont dessinés en noir, les hommes sont représentés par un carré, les femmes par un cercle.

L'arbre de la famille I est le plus simple. Les parents du malade 1 n'auraient pas eu de maladie nerveuse (1). J'ai connu cet homme comme un malade choréatique typique avec ses grimaces, sa parole inarticulée, ses mouvements choréatiques et sa démarche irrégulière, vacillante et balançante. De ses onze enfants, neuf ont une bonne santé, seul le 6[e] et le 11[e] sont invalides.

Le 6[e] est un homme de 26 ans, entré dans notre Asile ouvert en 1924. Sa famille raconte qu'il a toujours été un enfant d'une intelligence limitée et d'un caractère difficile. Il était très maladroit dans ses mouvements, c'est pourquoi sa famille le nommait paresseux. La maladie date de sa 19[e] année. Il devenait de plus en plus taciturne et restait tout le jour au lit ou allait errer seul dans les environs. Il volait des friandises ou de l'argent dans la boutique de son père, il ne travaillait plus et finit par une tentative de suicide, qui ne réussit pas. On peut observer les anomalies suivantes : son intelligence est très peu

(1) Note pendant la correction. Nouvelles informations m'ont appris que le père et son oncle, habitant la Belgique, ont eu des mouvements choréatiques sans démence.

développée, il est impossible de mesurer son intellect à cause de son attention inconstante. Quelquefois, il est déprimé et préoccupé par des idées hypocondriaques. Sauf parfois un secouement léger de son épaule gauche, il n'a pas de mouvements involontaires. Au contraire, il a un déficit de mouvements spontanés et de mouvements automatiques et massales. Il a la face pommadée. Son rire persiste trop longtemps et d'ailleurs il a un déficit de mimique. La démarche manque complètement de synergie ; ses bras et son tronc ne balancent

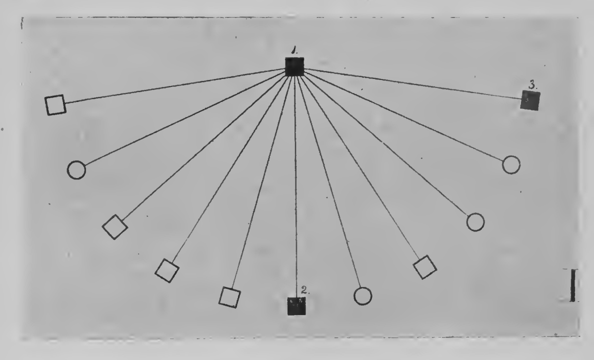


Fig. 1. — Famille I.

pas en harmonie avec ses jambes. Les petits mouvements montrent bien sa maladresse, il ne peut presque pas boutonner ses habits. Quand il doit employer toutes ses forces, on observe des syncinésies pathologiques. Les muscles de ses membres sont presque toujours rigides, il est très difficile d'en diminuer la rigidité. Depuis son entrée dans l'Asile, il n'y a pas de progression, ni dans sa démence, ni dans sa rigidité.

Le onzième enfant, né imbécile, est aujourd'hui un garçon de 16 ans. Sa démence est progressive depuis la dernière année et son caractère changé. Il ne s'intéresse plus à ses occupations, le matin il reste au lit, le soir il ne veut pas s'aliter. Il y a une diminution de son attention, il est très têtu et ne veut pas être contredit. Il reste tout le jour chez lui, parce qu'il se

gêne de ses mouvements choréatiques, qui sont très progressifs depuis les derniers deux ans. Cependant, il n'a pas une chorée simple, mais plutôt une chorée combinée avec un spasme de torsion qui l'empêche beaucoup de se promener, mais ne le gêne pas à bicyclette. Il se tourne surtout à droite, le côté le plus faible et le plus inapte. Les réflexes tendineux sont un peu exagérés, les réflexes cutanés sont normaux.

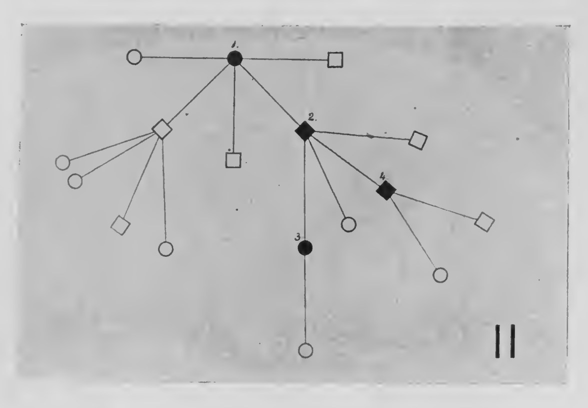


Fig. 2. — Famille II.

La deuxième famille nous montre quatre malades. Le père et la grand'mère avaient une chorée typique. La petite-fille, soignée dans notre Asile dès sa 30-32e année, est morte en 1921 de la tuberculose des poumons. Elle avait une psychose très ressemblante à la démence précoce avec des idées de persécution et des hallucinations sensorielles. Elle était tout à fait rigide et avait l'air d'avoir une stupeur catatonique. La mère qui avait longtemps soigné son mari choréatique, racontait que sa fille n'avait jamais eu ses mouvements involontaires, sauf quelques syncinésies pathologiques. Le Dr Gans, chef de notre laboratoire, qui a fait la nécropsie et l'examen histologique, a écrit que le corps strié et le pallidum étaient diminués et qu'il y avait un état fibreux du noyau caudé et lenticulaire.

Le petit-fils (n° 3), maintenant âgé de 39 ans et tombé malade à 32 ans, a une démence progressive avec une diminution de l'intelligence et de l'attention. Les mouvements involontaires n'ont jamais eu le caractère de la chorée. Ce qu'il y a de remarquable dans ces mouvements, c'est qu'ils se passent en plusieurs temps, comme les mouvements d'une marionnette (type saccadé). Après le mouvement, le membre agité reste un moment dans la position obtenue et ressemble par là aux

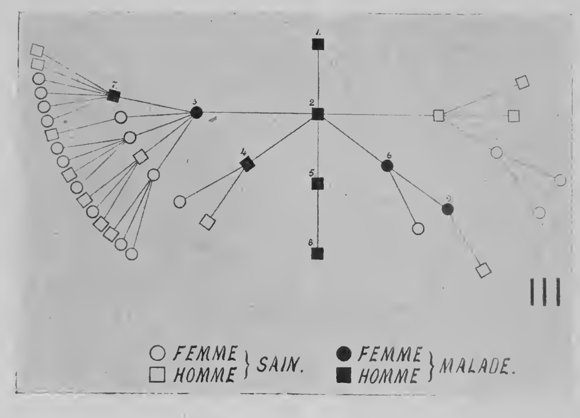


Fig. 3. — Famille III.

positions athétoïdes. La face montre une grimace permanente, la tête est renversée en arrière au maximum, le menton par préférence est tourné à droite ; le tronc est aussi par préférence tourné à droite, mais il peut corriger ses positions sur demande. Les muscles ont « un spasme mobile » comme chez les athétoses. Les réflexes tendineux sont augmentés, les réflexes cutanés sont normaux.

Très intéressante est enfin l'histoire de notre troisième famille. Notre Asile a soigné les quatre membres de la 3e génération (3-6). Les numéros 3 et 4 avaient une chorée typique ; l'histoire morbide du n° 5 ne parle pas de mouvements invo-

lontaires ou choréiformes, quoiqu'il soit soigné dans l'Asile pendant 12 années. Le diagnostic du n° 6 était mélancholia attonita et son médecin a écrit qu'elle avait des attitudes étranges. Et voici leurs descendants de la quatrième génération (n°s 7, 8 et 9) qui ont une chorée typique.

Nous pouvons tirer les conclusions suivantes de nos trois arbres généalogiques :

1° Dans la même famille de la maladie de Huntington, les formes typiques peuvent varier avec des formes akinétiques, qu'on peut très difficilement diagnostiquer sans une étude sur leur hérédité.

2° Les descendants des akinétiques peuvent montrer une chorée classique. De là nous concluons que cette akinésie n'est pas une addition définitive, mais seule une aberration individuelle.

3° L'âge n'est pas un facteur prépondérant pour le type clinique de la maladie, car le garçon de 16 ans de la famille I a une maladie hyperkinétique et son frère aîné a la forme hypokinétique. Dans la deuxième famille, le frère et la sœur, tombés malades au même âge, ont respectivement un type hyperkinétique et hypokinétique.

4° Les mouvements involontaires peuvent avoir un type très différent, soit choréiforme, soit athétoïde, soit ressemblant à un spasme de torsion.

5° C'est pourquoi la chorée de Huntington est une invalidité de toutes les parties cérébrales qui influencent les mouvements, dits « extra-pyramidaux » et non pas d'un groupe de cellules spéciales.

6° Je propose donc de nommer désormais la chorée de Huntington « maladie de Huntington », ce qui tient compte de toutes les formes atypiques et ne diminue en rien le respect dû au créateur génial de ce syndrome héréditaire.

Tumeur du plexus choroïde avec destruction du corps calleux

Par MM. A. Austregesilo et Adauto Botelho
(de Rio-de-Janeiro)

L'étude anatomo-clinique des tumeurs cérébrales forme une page toujours intéressante de la Neurologie.

Il est comparativement assez rare que les cliniciens arrivent à des localisations précises, attendu que les symptômes du voisinage et ceux provenant de l'hypertension intra-cranienne peuvent dépister ou falsifier la véracité des topographies.

L'étude du cas suivant vient à l'appui de la règle d'observation des auteurs. Il est très à propos de citer ici les paroles du Professeur Claude : « Le siège de la tumeur, si important à préciser pour guider l'intervention chirurgicale, est toujours très délicat, souvent même impossible à déterminer. »

Commençons d'abord par passer en revue l'observation de notre cas et ensuite nous ferons le commentaire qu'elle pourra nous suggérer.

Juliette S. des S., née à Alagoas, âgée de 18 ans, blanche, Brésilienne, non mariée.

Anamnèse. — La présente maladie a commencé il y a environ 3 mois, c'est-à-dire vers la mi-décembre 1924, époque à laquelle elle a commencé à sentir du malaise général accompagné de « maux de tête » et de vomissements. Cet état a duré pendant deux journées entières à la fin desquelles *elle a été prise d'un tremblement général* (*sic*). Interrogée au sujet de cette phase initiale de sa maladie, la malade nous informe seulement que cet état fût de courte durée et, qu'elle le sache, elle n'est pas tombée alors en défaillance. Elle garda le lit pendant quelques jours, tourmentée encore par les vomissements et les « maux de tête » qui depuis lors ne l'ont plus quittée sous forme d'accès, tantôt brefs, tantôt longs, interrompus par des périodes de répit. Lorsqu'elle s'est levée, elle a éprouvé une sensation de faiblesse et de lourdeur dans la jambe droite ainsi

qu'un peu de difficulté à se mouvoir. Un peu plus tard, elle éprouvait une sensation analogue dans le bras du même côté, mais cela sans empêcher ses mouvements. C'est dans cet état qu'on nous l'amena le 29 janvier dernier.

Elle a eu, en son temps, la rougeole, la varicelle et la coqueluche. Elle contracta aussi la grippe lors de la grande épidémie de 1916. Elle mentionne aussi que s'étant piquée par hasard, il y a quelques années, au niveau de l'articulation du genou gauche, il lui est venu au même endroit un grand abcès qui a fini par suppurer.

Ses règles se sont toujours produites normalement et n'ont jamais été interrompues pendant le cours de la présente maladie.

Elle dit qu'elle n'a jamais été adonnée à l'alcoolisme et qu'elle n'a pas d'antécédents vénériens.

Le père et la mère de la malade sont morts de causes à elle inconnues. Elle a 7 frères encore en vie dont elle n'a pas de nouvelles depuis assez longtemps. Elle se rappelle que deux de ses frères ont 6 doigts au lieu de 5 dans une main (polydactylie).

Examens. — *L'expression* de la malade révèle un mélange d'indifférence et de tristesse. Elle a la tête bombée convexement en avant manifestant également une exophtalmie du côté droit. Elle présente une légère asymétrie faciale qui se manifeste par une accentuation plus grande de la ride nasogénienne et par la surélévation de fente buccale du même côté, lorsque la malade rit. Sa main droite a 6 doigts (polydactylie). Son pied gauche présente une syndactylie des 3e et 4e orteils (incomplète). Au niveau de l'articulation du genou du même côté, il y a des cicatrices anciennes. Au lit, la malade préfère se coucher sur le dos, c'est seulement en augmentant la base du support qu'elle peut se maintenir en position verticale. Il lui est impossible de s'accroupir, assise elle se sent mal à l'aise.

Elle possède la notion des positions segmentaires ; signe de Romber absent.

Démarche ataxo-chancelante. — Pour marcher, la malade élargit la base de sustentation, traîne les pieds et cherche toujours à s'appuyer à des objets à sa portée.

Dynamométrie : D. O. G. 5.

On observe une hémiparésie à droite qui se manifeste toutes les fois que la malade exécute des mouvements volontaires

avec les membres supérieurs du même côté et, ce qui est encore plus remarquable, lorsqu'elle tâche d'accomplir des actes complexes tels que de marcher, de s'asseoir (étant couchée sur le dos), etc. Quant aux muscles de la face, on observe l'impossibilité *presque complète de froncer le front et de lever les sourcils.* Elle ne peut pas accomplir normalement l'action de souffler ou de siffler.

Preuves cérébelleuses. Asynergie. — La malade exécute sans beaucoup de difficulté les mouvements élémentaires. Elle ne peut toutefois pas combiner et coordonner une série de mouvements élémentaires pour l'exécution d'un acte donné.

a) Elle exécute des mouvements d'adduction et abduction, d'extension et de flexion des membres inférieurs ;

b) Dans la marche, on observe que le tronc n'est pas en unisson avec les mouvements des membres inférieurs ;

c) Si on lui donne l'ordre d'incliner le tronc en arrière, lorsqu'elle est debout, la malade oscille et tombe. Si on lui donne l'ordre de se lever lorsqu'elle est couchée sur le dos ayant les bras croisés sur la poitrine, la malade ne réussit pas à accomplir l'acte désiré. Lorsqu'on lui donne l'ordre de toucher avec un pied ou l'autre un objet 0 cm. du sol, la malade fléchit légèrement la cuisse sur le bassin et simultanément la jambe en atteignant l'objet avec une légère oscillation.

Diadococinésie. — On a exécuté les preuves séméiologiques ordinaires : exécution de mouvements rapides et successifs de supination et pronation des mains ; flexion et distension des bras. On remarque seulement un peu de lenteur dans l'exécution de ces mouvements.

Dysmétrie. — *a*) L'ordre de saisir et de lâcher un verre est exécuté sans ouvrir démesurément la main ;

b) Lorsqu'on ordonne à la malade de porter l'index au nez, elle le fait avec une certaine lenteur et le doigt dépasse de très peu le point visé (petite erreur vers le haut) ;

c) Elle fait glisser le doigt lentement d'une extrémité à l'autre d'un tableau, dépassant quelquefois très peu la limite fixée ;

d) Elle trace une ligne horizontale entre deux verticales tracées d'avance sur une feuille de papier, dépassant de très peu les limites marquées et quelquefois exécutant bien l'ordre, quoique toujours avec lenteur ;

e) Etant assise avec les mains en pronation entre les genoux, elle exécute des mouvements successifs de supination et pronation sans beaucoup d'altération, mais lentement ;

f) Elle porte le talon gauche au genou droit lentement, mais sans oscillations et sans dépasser le point fixé ; avec le talon droit au genou gauche, les choses ne se passent pas régulièrement (en raison de la parésie, naturellement) ;

g) Avec les pieds, elle atteint des objets placés à une certaine hauteur du lit, lentement, mais sans dépasser le point fixé.

Erreur de localisation intentionnelle. — Avec les yeux ouverts, elle porte l'index à un point marqué d'avance ; mais lorsque la malade procède avec les yeux fermés, il se produit une petite déviation descendante.

Preuves vestibulaire et du labyrinthe

I) *Preuve rotatoire*	(*Preuves expérimentales*)
Avec 8 tours à droite Avec 8 tours à gauche	Nous n'avons pas obtenu des oscillations nystagmiques.
Avec 12 tours à droite Avec 12 à gauche	Nous n'avons pas obtenu des oscillations nystagmiques.

On observe toutefois que les membres supérieur et inférieur droits entrent en contractions cloniques et que le mouvement tournant soit vers la droite ou vers la gauche, il se produit une *inclination forcée de la tête vers la droite.*

II) *Preuve calorique.* — Avec l'eau à 40°, et ensuite à 35°, nous n'avons pas obtenu des oscillations nystagmiques (pendant 1 minute et plus longtemps).

Avec de l'eau a 25° pendant 2 minutes, nous n'avons pas obtenu des oscillations nystagmiques.

La malade a des *céphalées* avec des périodes variables de paroxysme et rémissions.

La sensibilité tactile est présente : *la sensibilité thermique et celle de la douleur se trouvent amoindries* (thermo-hypoastésie-hypoagésie). On remarque aussi un ralentissement dans la perception des sensations du chaud et du froid. Souvent, la malade interprète alternativement comme froid et comme chaud lorsqu'on la touche avec un tube rempli de glace. On remarque quelquefois que dans les régions où l'on

a observé des erreurs d'interprétation thermique, quelques jours après les mêmes erreurs ne se reproduisent plus. D'autres fois, la somme des excitations corrige l'erreur.

Réflexes plantaires, présents.
Réflexes abdominaux, absents.
Réflexes rotuliens, absents à gauche et amoindris à droite.
Réflexes du talon, présents.
Réflexes du biceps, triceps et du poignet : amoindris.
Absence du phénomène de Babinski et de ses variantes.
Réflexe pupillaire à la lumière, absent.
Réflexe à l'accommodation, présent (signe d'Argyll-Robertson).

Hémichorée en suite de vaccination jennérienne

Par M. Gommès (de Paris)

Depuis longtemps sont décrites les chorées à la suite de maladies infectieuses, variole et varicelle comprises. Il n'en est pas encore à la suite de la vaccine. Il me semble intéressant de relater un cas de ce genre survenu à la suite d'une de mes dernières séances de vaccination dans une Ecole maternelle de Paris, dont je suis le médecin-inspecteur.

Fillette de 7 ans. Dans les antécédents, on ne trouve que bronchite et congestion pulmonaire. Aucun phénomène nerveux ni convulsif ni insomnique. La maîtresse indique cependant que cette enfant de 7 ans a le comportement d'une enfant de 5 ans (elle est atteinte, il est vrai, d'une myopie non corrigée). Quelques particularités digestives : toujours altérée, tachyphagie, mais pas d'exagération du diamètre abdominal. Antécédents héréditaires : mère rhumatisante à mains déformées, insomniaque. Une sœur de 16 ans bien portante.

La vaccination jennérienne usuelle a été pratiquée, comme toujours, au bras gauche (région deltoïdienne, scarification) le 26 mai 1926. A noter que l'enfant avait eu sa première vaccination des mains d'une sage-femme, à l'âge de 3 semaines et sans succès.

Cette fois, le vaccin prend ; et dès le début des papules cutanées, des mouvements apparaissent peu à peu, sans aucun trouble, ni fièvre, ni somnolence, ni altération psychique aiguë.

Le 16 juin, à l'examen à l'école, l'enfant présente une hémichorée des plus classiques : côté gauche, membre supérieur surtout pris. Peu de chose au membre inférieur. Des grimaces (cou, face et langue). Réflexes patellaires abolis. Le désordre des mouvements est augmenté par l'occlusion des paupières.

Le premier symptôme qui a frappé l'institutrice est que l'enfant, tenant un objet, le passait de sa main gauche à sa main droite : « ça me chatouille dans la main », dit-elle en parlant du côté gauche. Pas de troubles de sensibilité, réflexes cutanés normaux. Un peu de maussaderie et d'hébétude psy-

chique. Cœur, autant qu'il peut être bien examiné à l'école : 1er temps, légèrement râpeux à la pointe. Urines normales. Ponction lombaire naturellement impossible.

C'est ici une chorée classique où cependant on peut noter comme particularité, non pas sa prédominance unilatérale, mais l'unilatéralité complète.

L'hystérie est absolument éliminée (début progressif, aucun caractère myoclonique des mouvements, etc.). L'étiologie ? Chez cette fillette, il y a bien eu extraction d'une dent infectée, il y a 2 jours (arthrite alvéolaire sans doute), mais la relation des mouvements anormaux avec la vaccination ne paraît pas douteuse.

La fillette est, à l'école, suivie seulement quelques mois, car en février 1927, avec sa famille, elle quitte Paris. Elle s'améliore assez rapidement. Le port de lunettes soulage grandement sa maladresse accoutumée. Mais elle reste longtemps irritable, maussade, quelque peu hébétée et bradypsychique, sa lenteur à trouver les mots étant d'ailleurs coupée des éclaircies d'un langage tout à fait éveillé.

⁂

Nombreuses sont aujourd'hui les observations (Bastiange et Terbourgh, 1925 ; Levaditi et Nicolay, Comby, Netter, Huber, 1926) d'encéphalites dues au vaccin jennérien, qu'il s'agisse d'encéphalite vraie ou d'un virus neurotrope se rapprochant de celui de l'encéphalite épidémique, un parencéphalitique.

J'ai, d'autre part, observé au cours de cette année chez des élèves du même groupe scolaire et même chez une personne du corps enseignant, un certain nombre d'herpès buccaux et mentonniers. Un des derniers cas signalés d'encéphalite post-vaccinale est celui de Comby, où il y avait, d'ailleurs, base érysipélateuse des pustules. Fait curieux : les convulsions et l'hémiplégie unilatérales étaient homolatérales avec l'inoculation (accidents droits, vaccination à jambe droite), exactement comme dans notre cas (accidents gauches, vaccination au bras gauche).

Il s'agit bien ici aussi, semble-t-il, d'une névraxite toxi-infectieuse, mais plus légère que tout ce qui a été décrit, se bornant aux cellules du strié, ou du mésocéphale, et encore à celles d'un seul côté.

III. COMMUNICATIONS D'ASSISTANCE ET THÉRAPEUTIQUE

Enfants de la Colonie de Perray-Vaucluse, hospitalisés pour troubles consécutifs à une atteinte d'encéphalite léthargique

Par MM. Th. Simon et J.-Ch. Miller

La Colonie de Perray-Vaucluse est à peu près le seul établissement public où soient hospitalisés pour troubles mentaux les jeunes garçons du département de la Seine. Il est donc vraisemblable qu'à l'exception de ceux qui pevent être admis dans des Maisons de Santé privées, elle reçoit la plus grande partie des enfants du sexe masculin chez qui l'encéphalite laisse des troubles incompatibles avec la vie sociale habituelle. Or, depuis août 1920, une soixantaine d'enfants y sont entrés dans ces conditions.

En août 1920, il n'en existait qu'un seul cas. Le Surveillant Général actuel de la Colonie y exerce depuis plus de 30 ans ; il ne se rappelle qu'un enfant qui ait présenté des troubles analogues à ceux que nous voyons aujourd'hui. Sans être absolument démonstratif, ce renseignement nous paraît propre à faire ressortir une fois de plus, sinon l'éclosion, du moins l'extraordinaire augmentation de fréquence de cette maladie avec la guerre, augmentation de fréquence qui n'a pas été, à notre connaissance du moins, expliquée jusqu'ici.

Un second fait mis en lumière par l'admission à la Colonie d'enfants avec séquelles d'encéphalite, est le suivant. C'est à savoir que ces enfants, héritages des épidémies de 1919, 1920,

1922, ne sont habituellement amenés que 2 ou 3 ans, parfois même 4 et 5 ans après la période aiguë de l'affection. On tolère leurs écarts pendant un temps prolongé, sans les rapporter d'ailleurs toujours à leur cause véritable, et ce n'est que devant la persistance des accidents sociaux, fugues, impulsions, instabilité dans les occupations, que la lassitude se produit. Alors, l'internement finit par apparaître comme la seule mesure à laquelle on puisse avoir recours.

Troisième fait sur lequel nous désirons appeler l'attention : à la Colonie, nos enfants avec séquelles d'encéphalite, ont toujours été mélangés avec les autres. Les contacts ont été à peu près continuels et l'on sait la manie d'embrasser que présentent certains encéphalitiques tandis que d'autres ne se gênent point pour se précipiter sur leurs camarades, les griffer, les mordre ou cracher sur eux. Eh bien, malgré cela, nous n'avons observé *aucun cas de contagion*. Jusqu'à 25 enfants se sont trouvés ainsi disséminés dans le service, pour la plupart plus ou moins parkinsoniens, offrant parfois des recrudescences passagères de certains troubles, somnolences, agitations, céphalées, avec élévation de température, tous accidents qui font penser à des foyers mal éteints plutôt qu'à des séquelles proprement dites. Or, nous le répétons, nous n'avons jamais vu l'éclosion d'un cas aigu quelconque dans le reste de notre population. Rapprochée des quelques cas de contagion qui ont été publiés à l'actif de la phase chronique de la maladie, cette expérience de plus de six années nous paraît avoir une assez grosse signification.

⁂

Les projections cinématographiques permettent de passer en revue les types cliniques habituels. Elles mettent en lumière, notamment :

a) la fréquence du parkinsonisme.

b) des exemples de spasmes de torsion.

Nous avons habituellement rencontré en même temps un arrêt de la croissance physique, mais ces formes nous ont aussi paru s'observer chez nos enfants atteints à l'âge le plus jeune et c'est peut-être la raison de cette coexistence.

c) des signes respiratoires. Nous avons toujours vu les cri-

ses finir par s'atténuer, mais nous a-t-il semblé, par aggravation lente des phénomènes de soudure ;

d) des sujets enfin chez qui les troubles de la conduite sont nettement prédominants sinon exclusifs chez ceux-ci, nous avons observé aussi quelques rares améliorations et de nouveau par accentuation du parkinsonisme et diminution de l'activité.

Nous avons adressé pour les 20 sujets encore présents à la Colonie, ces jours derniers, un tableau des divers symptômes, oculaires, moteurs, circulatoires, etc... qu'on peut relever chez eux avec leur fréquence relative. Le parkinsonisme, la sialorrhée, les troubles de la convergence des globes oculaires et de la parole, sont parmi les plus fréquents. D'autre part, si l'on additionne l'ensemble des signes physiques qu'on relève chez un même sujet, nous trouvons alors, sur 20 MALADES, *7 sujets* très atteints, rassemblant chacun plus de 10 symptômes morbides ; *9 sujets moyennement touchés* réunissant de 5 à 10 symptômes physiques ; enfin *4 enfants seulement très peu touchés physiquement*.

En tenant compte en outre de l'état mental nous arrivons finalement à grouper nos 20 malades dans 3 catégories assez distinctes :

a) les uns sont des *infirmes* constamment alités : le type en est fourni par les spasmes de torsion et par les parkinsonniens très accentués (1).

b) *D'autres arrivent à s'accommoder* de la vie avec d'autres enfants, ils fournissent à l'école un travail favorable et sans doute ils demeurent incapables d'un travail suivi, mais finalement ils s'adaptent à peu près à l'existence routinière que représente une vie d'Asile ;

c) *D'autres enfin restent insupportables* entre eux et pour les autres. Ce sont ceux-là seulement que nous proposerions de réunir dans un *quartier spécial*. S'ils étaient isolés et en nombre assez restreint, peut-être des infirmiers intelligents et attentifs, pourraient-ils orienter l'activité de ces enfants dans certaines occupations sédentaires auxquelles s'oppose

---

(1) Cela ne veut pas dire que ces enfants n'ont pas présenté au début de graves troubles de conduite, mais l'évolution les conduit plus ou moins au stade que nous indiquons ici.

l'existence trop mobile d'un quartier ordinaire avec toutes les causes d'excitation et de heurts qu'il comporte. .

⁂

Terminons-en en mentionnant que *la génoscopolamine* chez les parkinsoniens, *le calomel* à dose purgative, *le laudanum* quelquefois chez les plus turbulents et même l'emploi passager de *la contention* nous ont paru présenter à l'occasion quelques avantages.

Du rôle des Dispensaires d'hygiène mentale dans l'assistance aux psychopathes

Par M. Ernest De Craene (de Bruxelles)

Les Dispensaires d'hygiène mentale bien conçus et bien organisés sont destinés à rendre des services considérables aux malades nerveux ou mentaux, à leur famille, à la collectivité. Ceux d'entre nous chez qui subsisterait un doute à cet égard en seraient convaincus après une visite au service modèle que dirige à Ste-Anne le Dr Toulouse. Mais la perfection même de pareille institution, digne en tous points de la Ville-Lumière, amène la plupart des visiteurs à cette conclusion qu'une telle œuvre ne peut être réalisée qu'avec de très puissants appuis financiers.

Nous voudrions montrer brièvement dans cette note que, s'il est hautement souhaitable de voir se créer d'autres centres de ce genre, ayant la même importance scientifique et sociale, il est possible, en attendant, de créer des Dispensaires d'hygiène mentale de proportions modestes mais susceptibles toutefois de rendre des services appréciables à la collectivité. C'est pourquoi nous nous permettons de signaler ce qui a été réalisé en Belgique sous les auspices et sous la direction de la Ligue Nationale belge d'hygiène mentale.

Cette ligue, sœur cadette des ligues des Etats-Unis et de France, étudie toutes les questions relatives à l'hygiène mentale tant chez les normaux que chez les anormaux mentaux et s'efforce de propager dans tous les domaines les principes de prophylaxie et d'hygiène mentales. Elle groupe et seconde, sans s'immiscer dans leur fonctionnement, les œuvres de prévention, d'éducation, de traitement et de patronage existant déjà et en crée là où leur nécessité s'impose.

De caractère vraiment national, elle est soutenue par toutes les personnalités médicales ou non-médicales qui s'occupent d'hygiène mentale. De plus, de tous les coins de l'horizon politique lui sont venus les appuis les plus dévoués. Aussi, peut-on dire qu'elle jouit d'une autorité morale considérable

qui rejaillit sur sa propagande et sur les conclusions des études qui se font sous ses auspices.

Nous ne donnerons pas ici le détail de ses activités, mais il est utile de signaler que, rapidement, la Ligue se rendit compte de la nécessité d'organiser des dispensaires d'hygiène mentale régionaux afin d'apporter aux psychopathes de tout genre ainsi qu'à leur famille une aide efficace que l'organisation actuelle ne permettrait pas de leur fournir.

Les locaux indispensables nous furent prêtés par des œuvres sociales ou par des organisations hospitalières. Mais, en général, ce fut la Croix-Rouge de Belgique dont l'activité de paix s'étend à toutes les œuvres d'hygiène et de prophylaxie, qui nous offrit l'hospitalité. Je n'ai pas besoin d'insister sur l'importance psychologique de pareil patronage qui, aux yeux du public et des malades, assimile nos dispensaires aux autres rouages des Centres de santé créés par la Croix-Rouge. Il fut décidé que ces dispensaires seraient placés sous la direction de psychiatres expérimentés. C'est ainsi que dans les 4 villes universitaires du pays (Bruxelles, Louvain, Liège, Gand), cette direction est assurée par le Professeur de psychiatrie de l'Université. A l'heure présente, outre les dispensaires des villes déjà citées, il en existe à Anvers, Mons, Jumet. Dans quelques jours, celui de Bruges ouvrira ses portes.

Pour montrer d'une manière concrète ce que peuvent accomplir de tels organismes, nous donnerons un aperçu succinct de l'organisation et du travail du Dispensaire central de la Ligue à Bruxelles.

Ce dispensaire, installé dans des locaux très simples dépendant de la Croix-Rouge est dirigé par le professeur de psychiatrie de l'Université, notre ami, le professeur Auguste Ley, assisté des Docteurs Alexander et Vermeylen et d'une infirmière, Mlle Kolgraf. Le dispensaire est ouvert tous les jours de telle sorte qu'à tous ceux qui s'y présentent, que ce soient les malades eux-mêmes ou des membres de leur famille, les indications d'urgence et les renseignements nécessaires puissent être donnés, notamment en ce qui concerne la désignation de la consultation où doivent se présenter les malades. Il y a quatre consultations à heure fixe par semaine, trois pour adultes, une pour enfants. De plus, dans des cas particuliers, des rendez-vous peuvent être donnés par le chef de service. Il est extrêmement intéressant de noter la grande

diversité des sujets qui se présentent au Dispensaire ainsi que la multiplicité des problèmes médicaux, pédagogiques et sociaux soumis à la sagacité des médecins. Ce sont d'abord des malades atteints de troubles nerveux ou psychiques les plus variés qui viennent à nous, soit spontanément, soit sur le conseil de leur famille, de leur médecin, d'infirmières d'œuvres sociales. Ou bien ce sont leurs proches qui, désemparés, ont besoin de directives précises et efficaces pour assurer des mesures de traitement ou de protection. Il est évident, que seul un psychiatre averti est à même de donner les conseils adéquats, de déterminer vers quel organisme de traitement ou de surveillance il convient de diriger le malade, de faire prendre, le cas échéant, les mesures légales que comporte la situation. Bien souvent d'ailleurs la solution définitive ne pourra intervenir qu'après enquête faite par l'infirmière dans le milieu familial ou social. Signalons en passant que pour que son action soit vraiment efficace, le Dispensaire doit posséder un service social dont le rendement dépend avant tout de la valeur professionnelle et morale de la personne qui en est chargée. Ajoutons que, lorsque des démarches d'ordre administratif doivent être accomplies, elles incombent généralement à l'infirmière : celle-ci connaît en effet les divers rouages à mettre en action.

Une autre catégorie de sujets est composée de malades sortis guéris ou améliorés des asiles du pays et qui, rentrés dans leur famille, ont besoin d'une tutelle médicale avertie. Mais l'activité du Dispensaire ne se borne pas à venir en aide aux individus, elle s'étend aussi à des problèmes sociaux d'ordre plus général. Le Dispensaire est en relation étroite avec l'admirable Office de Réadaptation sociale de la Ville de Bruxelles placé sous les auspices de la Ligue d'Hygiène mentale et dirigé avec une compétence universellement reconnue par M. Willems, directeur de l'Assistance Publique et des Œuvres sociales de la Ville de Bruxelles. Cet Office s'est donné pour tâche d'assurer, par des mesures efficaces prises dans l'esprit le plus largement altruiste et généreux, le reclassement des vagabonds et des mendiants ainsi que la réadaptation des délinquants libérés et en collaboration avec le Dispensaire, des malades mentaux. Dans leur apostolat de reclassement et de réadaptation, M. Willems et ses collaborateurs se rendirent rapidement compte que, très souvent, chez leurs protégés, la déficience psychique est à la base de la

déchéance sociale. L'Office de réadaptation envoie au Dispensaire, pour examen, les sujets rentrant dans cette catégorie. Lorsque leur mise en observation est nécessaire ou que des mesures d'internement s'imposent, le Dispensaire les dirige vers les services hospitaliers appropriés. Dans les autres cas, il fournit les indications qui paraissent utiles pour le reclassement. D'autre part, l'Office, grâce aux moyens dont il dispose, vient en aide aux médecins du Dispensaire en donnant une assistance immédiate au point de vue logement et nourriture à des malades particulièrement déshérités, en fournissant du travail et en assurant le reclassement social de sujets sortis guéris des Asiles ou amenés au Dispensaire à raison de leurs anomalies morales ou mentales.

Les deux œuvres se tenant réciproquement au courant de leurs activités et ne bornant pas leurs rapports à des démarches purement administratives, sont à même de se rendre des services très appréciables.

Le Dispensaire exerce encore son action bienfaisante pour la collectivité en assumant la surveillance et la tutelle morale de sujets que leurs actes antisociaux ont amenés devant la Justice et qui, à raison de leur état mental, ont été renvoyés de poursuites sans cependant être internés dans un Asile. Ces sujets, replongés dans leur milieu et abandonnés à eux-mêmes, sont éminemment aptes à récidiver. Grâce à l'intervention de M. le Procureur du Roi, Cornil, qui, dans l'exercice de ses hautes fonctions, associe à sa large compréhension de la défense sociale dont il a la charge, la généreuse activité du savant juriste et de l'homme de cœur, ces sujets sont actuellement dirigés vers le Dispensaire qui, tout en exerçant sur eux une action à la fois secourable et bienfaisante, participe en même temps à l'établissement d'une meilleure défense sociale. Les résultats obtenus justifient pleinement la confiance mise en notre œuvre par le Pouvoir judiciaire. D'ici peu de temps seront aussi adressés à nos Dispensaires d'Hygiène mentale les sujets sortant de services de malades nerveux et mentaux des Hôpitaux militaires, et rendus à la vie civile.

Une des quatre consultations hebdomadaires est uniquement réservée aux enfants. Dirigée par le D[r] Vermeylen, dont on connaît la remarquable compétence, ce service a pour but le dépistage des troubles névropathiques chez les enfants et les adolescents. Un soin tout particulier est apporté

à la recherche de ces troubles chez les très jeunes enfants afin de pouvoir appliquer un traitement précoce qui seul est réellement efficace. Cette consultation reçoit des enfants depuis l'âge de quelques mois jusqu'à quinze ou seize ans. Ce sont des enfants arriérés, nerveux ou difficiles. Ils sont soumis à un examen physique, mental, pédagogique et caractériologique. Les directives nécessaires sont ensuite données aux parents et aux éducateurs, tant au point de vue médical et pédagogique qu'au point de vue de l'orientation professionnelle. Ajoutons que cette consultation, outre les services qu'elle rend aux individus, est à la disposition des communes qui ne possèdent pas d'organisation médicale spécialisée pour l'examen des enfants arriérés fréquentant leurs écoles.

Ce qui vient d'être dit au sujet du Dispensaire de Bruxelles pourrait être répété — *mutatis mutandis* — pour les autres dispensaires du pays.

Une mention particulière doit être donnée au dispensaire d'Hygiène mentale de Jumet, dirigé avec un dévouement inlassable par notre collègue, le Dr Gailly. Ce dispensaire, en effet, forme un des rouages de la démonstration d'hygiène de Jumet, dirigée par la Croix-Rouge de Belgique, sous les auspices de la Ligue Internationale des Croix-Rouges. L'état d'esprit favorable créé dans la région par cette démonstration a permis d'étendre des recherches systématisées à l'ensemble de la population et d'atteindre des couches sociales qui échappent généralement aux enquêtes de ce genre. Les constatations réellement poignantes faites par notre confrère sur l'étendue des anomalies mentales soulignent davantage encore la nécessité de développer largement notre action.

Ainsi que j'ai déjà eu l'occasion de le signaler ailleurs, il faut avoir vécu l'activité de tels dispensaires pour se rendre compte qu'avant l'ouverture de ces consultations, ceux qui viennent nous demander conseil et assistance n'avaient, à de très rares exceptions près, aucune chance de pouvoir exposer leur situation personnelle ou celle de leurs proches à des personnes capables de leur donner le conseil efficace, de leur indiquer la marche à suivre pour obtenir aide et traitement, de leur éviter les multiples épreuves des démarches rebutantes auprès de services administratifs nombreux et s'ignorant mutuellement. Qu'on se représente combien ces démarches, déjà pénibles pour des gens bien portants ou pour des malades ordinaires, doivent être particulièrement difficiles pour des

sujets nerveux, aux réactions psychiques souvent mal adaptées. L'observateur est frappé aussi par la multiplicité des situations anormales dans le domaine familial et social causées par des troubles psychopathiques et auxquelles il s'agit de porter remède. Dans la solution recherchée, il faut tenir compte des éléments les plus divers: de l'état physique et mental de l'intéressé et de ses proches, de leurs inter-réactions psychologiques, de leur situation matérielle, des possibilités d'action ou d'adaptation. Aussi, dans l'état social actuel, nous pouvons affirmer que, seuls des dispensaires d'hygiène mentale bien organisés avec un personnel compétent et dévoué et une assistance sociale adéquate, peuvent apporter un réel secours. Seuls des psychiatres sont capables de diriger utilement ces organismes d'une si haute portée sociale car, nous devons avoir le courage de le dire sans fausse modestie, seuls ils ont la connaissance du fonctionnement cérébral normal et pathologique en même temps que ce sens des nuances et cet esprit de finesse qui permettent de saisir les situations cliniques et sociales les plus délicates et d'y adapter, grâce à leur expérience, la solution la meilleure.

Souhaitons que les psychiatres ne se contentent plus du noble labeur assumé au sein de leurs Asiles, mais exercent aussi au dehors une action qu'ils peuvent seuls mener à bien pour le salut des malades et de la Société en général. En agissant de la sorte, ils contribueront de plus à faire disparaître bien des préjugés ancrés dans l'esprit des masses concernant les maux que nous combattons et la manière dont nous exerçons notre activité scientifique et médicale.

Dans notre petite Patrie, mettant une fois de plus à profit notre devise nationale, nous avons rapidement acquis à notre œuvre le concours de tous les psychiatres et c'est grâce à eux qu'avec des moyens matériels limités, une action féconde en résultats, a pu être exercée.

Ma seule ambition, en présentant ces quelques indications, est de voir notre modeste exemple suivi par le plus grand nombre possible de nos confrères psychiatres. Pour agir efficacement, point n'est besoin de locaux somptueux, d'installations particulièrement coûteuses. Ce qui est essentiel, c'est, chez ceux qui acceptent pareille tâche, la compétence, le dévouement, la foi dans l'œuvre à accomplir. Ce sont là qualités communes parmi ceux qui cultivent notre Science, surtout en terre française.

De l'utilisation des débiles mentaux dans l'Armée en temps de paix et à la mobilisation

Par M. Folly, Médecin principal de l'Armée (Strasbourg)

Chaque contingent de recrues ramène invariablement un certain nombre de débiles mentaux, qui sont un poids mort pour leur unité et une source de difficultés sérieuses pour le commandement et pour les médecins. Illettrés ou nantis d'un très mince bagage scolaire, ils se montrent dès le début incapables de suivre l'instruction avec les autres recrues, d'exécuter les commandements les plus simples et à plus forte raison d'apprendre la théorie ou le maniement des armes.

Certains se montrent doux, obéissants, animés de bonne volonté, mais notoirement insuffisants. Ce sont des débiles dociles. D'autres se présentent sous un jour tout différent. Ils ont des réactions malfaisantes, commettent des vols, des dégradations, des destructions de matériel, peuvent se livrer à des injures, des voies de fait. Tels sont les débiles pervers auxquels il faut adjoindre les débiles simples, mais profondément intoxiqués par l'alcoolisme, et comme tels, capables de réactions violentes en paroles ou en actes. Ces sujets représentent la catégorie des débiles dangereux.

D'autres se réfugient dans le pithiatisme et espèrent ainsi apitoyer leurs chefs par leurs crises. Le professeur Merklen a mis nettement en relief dans son travail sur les modes de compensation du débile cette tendance qu'ont ces sujets à suppléer à leur insuffisance psychique par des moyens destinés à exploiter la sentimentalité d'autrui. C'est ainsi que chez le débile les crises interviennent dans un but utilitaire, avec l'espoir d'une réforme ardemment désirée.

Certains débiles ont, dès leur arrivée au corps, en vertu de la loi de Chavigny sur la précocité des réactions mentales en milieu militaire, des réactions délirantes qui sont, le plus souvent, de nature mélancolique et peuvent s'accompagner de tentatives de suicide. Le délire est ainsi leur première manifesta-

tion morbide à la caserne, et il semble légitime de les appeler « débiles délirants ».

Que vont devenir tous ces débiles ? Procédant par élimination, nous envisagerons d'abord les délirants. Ceux-ci auront été aussitôt hospitalisés, et après mise en observation dans un centre de spécialité, sont généralement réformés dès que leur état leur permet de quitter l'hôpital.

Les débiles dangereux, pervers ou éthyliques, ont inéducables et incorrigibles. Il y a lieu de s'en débarrasser le plus tôt possible par la réforme définitive.

Quant aux autres, leur sélection se fait peu à peu. Les pithiatiques, voyant l'inutilité de leurs efforts, en viennent à espacer leurs crises, sauf dans le cas de constitution émotive nettement accentuée, où la question de réforme peut se poser. Ce sont là des cas d'espèce.

Il est à noter que la capacité d'adaptation des débiles au milieu militaire est bien moins en rapport avec leur degré d'intelligence qu'avec leur degré d'affectivité. C'est bien plus leur niveau moral que leur niveau intellectuel qu'il faut considérer. C'est d'ailleurs dans cet ordre d'idées qu'on est conduit à éliminer d'emblée les débiles dits dangereux à niveau moral très inférieur.

On peut poser en principe que les débiles mentaux sont inadaptables au milieu militaire. Tout les heurte, tout les émeut, tout les choque. Habitués à un travail automatique dans la vie civile, ils ne trouvent plus à la caserne le calme, l'atmosphère paisible du milieu familial ou de la ferme, où ils exécutaient de menus travaux, comme pupilles de l'Assistance Publique. Ils vont avoir à pâtir de leurs camarades, qui en feront leur souffre-douleurs, en butte aux mauvaises plaisanteries et aux tracasseries de toute sorte. Ils auront aussi à pâtir de leurs chefs qui leur imposeront un travail au-dessus de leurs faibles moyens. Ils souffriront aussi des règlements militaires, de la discipline ; la crainte des galons, des punitions en conduit quelques-uns à des réactions délirantes de persécution, à des fugues, à des tentatives de suicide, comme ce débile qui se jetait par la fenêtre parce qu'il était entièrement affolé après un exercice d'ensemble. En résumé, non seulement le débile mental ne peut être amélioré à l'Armée, mais le milieu lui est nettement défavorable.

Ajoutons qu'ils sont éminemment suggestibles, d'où le danger des excès alcooliques et vénériens, danger spécial de

la syphilis chez ces sujets. De plus, ils grèvent lourdement la morbidité et la mortalité militaires. Ils sont d'une vulnérabilité particulière aux infections, aux intoxications : chez eux, un excès alcoolique aboutit rapidement à la confusion mentale. Ils forment enfin la masse principale des crisards, à crises émotives ou pithiatiques et font pour ce motif de longs séjours dans les hôpitaux.

En temps de guerre, le milieu militaire est encore plus défavorable au débile qu'en temps de paix. Dès la mobilisation, il donne la mesure de son insuffisance par ses retards, ses omissions, ses négligences. Au front, c'est bien pis encore. Il est exposé à la peur morbide sous toutes ses modalités : abandon de poste, désertions, mutilations volontaires, suicide, sans compter les réactions imprévues, comme ce territorial qui tirait constamment pour se donner du courage. Ajoutons que leur maladresse insigne les rend dangereux pour leurs voisins.

On voit donc qu'il y a un grand intérêt à soustraire les débiles mentaux au milieu militaire habituel en temps de paix et *a fortiori* en temps de guerre. Or, jusqu'ici, rien n'a été fait dans ce sens. Qu'advient-il en effet des débiles non réformés ? Quelques-uns, non acceptés par les Commissions de Réforme, peu éclairées sur les questions psychiatriques, sont maintenus dans le service armé. La plupart sont classés dans le service auxiliaire, et destinés à certains emplois prévus par les règlements. Mais, en fait, il est très difficile de les employer parce qu'il est impossible de créer des fonctions exprès pour eux, et que la plupart du temps ces fonctions sont déjà occupées par des hommes classés dans le service auxiliaire pour infirmités et qui les remplissent d'une façon plus satisfaisante que les pauvres débiles, de sorte que ceux-ci deviennent un sérieux embarras pour leurs chefs de corps. C'est ainsi que nous entendons fréquemment les doléances des colonels ou des capitaines qui nous disent : « Nous en avons trop, de ces débiles, nous ne savons qu'en faire. » D'autant que souvent, ils remplissent mal les emplois qui leur sont confiés par leur manque d'intelligence et d'autorité. C'est ainsi qu'un débile préposé comme garde-réfectoire à la distribution du vin, se laissait voler le précieux liquide par ses camarades.

Il est donc nécessaire, dans l'intérêt des débiles d'abord et dans celui des corps de troupe, de soustraire ces sujets au

milieu défavorable du Régiment. Il y aurait donc lieu de les grouper en formations autonomes, casernées dans des bâtiments spéciaux et dirigées par des cadres spécialisés, sous la surveillance technique du médecin-psychiâtre du corps d'Armée. Nous ne pouvons entrer dans le détail de ces formations, qui appartient plutôt à l'Administration militaire qu'à la Psychiatrie. Là, les débiles seraient soustraits à l'ambiance défavorable de leurs camarades normaux et soumis à un régime doux et paternel. Ils représentent, en raison de la faible natalité française, une main-d'œuvre utile dont on n'a pas le droit de se priver. Il y aurait donc lieu de les utiliser dans des occupations en rapport autant que possible avec leur profession. Certains pourraient être employés dans les hôpitaux au nettoyage des salles. D'autres pourraient être utilisés comme manutentionnaires dans l'Intendance. D'autres pourraient être employés par le Génie et en temps de guerre seraient de précieux auxiliaires pour le Génie routier.

Enfin, ils seraient affectés, en cas de mobilisation, au même emploi qu'en temps de paix, de sorte qu'en temps de guerre, leurs instruction serait toute faite, et ne serait plus à recommencer. Naturellement, ils seraient utilisés à l'arrière et surtout à l'intérieur. Leur folio de mobilisation devrait donc porter des indications en conséquence.

Nous ne faisons qu'esquisser notre projet, laissant à des Commissions compétentes le soin de régler toutes les questions de détail. Toutefois, notre but serait atteint si nous avons réussi à vous faire comprendre la nécessité absolue de soustraire les débiles mentaux au milieu régimentaire et de les grouper en formations spéciales.

Discussion

M. L. Lagriffe (de Quimper). — Cette infirmité qu'est la débilité mentale est une de celles qui échappent le plus à ce sens moyen dont parlait l'autre jour M. le Prof. Janet.

En 1920, membre militaire d'un Conseil de Révision, je m'efforçais de dépister les débiles, même lorsqu'ils étaient cordonniers ou tailleurs et ceci au grand effroi du Commandant de recrutemnt. Celui-ci, homme jeune, intelligent pourtant et militaire sans excès, un jour où je proposais ainsi l'élimination d'un imbécile, tailleur, me fit la réflexion suivante : « On prend bien des nègres », à quoi je lui fis

remarquer que l'imbécillité n'est pas un caractère de race mais une infirmité. Pour couper court et pour obtenir un résultat nécessaire, je demandai l'exemption pour une maladie de cœur qui n'existait pas.

Ceci posé, je regrette de ne point partager l'opinion de M. Folly sur l'utilisation, quand même, des débiles. Ceux-ci doivent être impitoyablement éliminés. La débilité s'accompagne toujours d'un état d'instabilité de l'équilibre mental qui constitue un danger et quelle tare alors que cette constitution de régiments de débiles. Puis, quelle tentation pour la machine à dévorer les vivants de les utiliser comme combattants dans ces moments où il faut utiliser « les fonds de tiroir », comme on a dit des récupérés d'avril et mai 1918.

S'ils sont, comme le dit M. Folly, plus vulnérables aux infections et aux intoxications, quelle imprudence ne serait-ce pas de les employer aux hôpitaux, même pour déplacer les microbes par le nettoyage ?

Quel que soit le danger de la diminution de nos effectifs, je crois que le danger serait de toute façon plus grand encore de chercher à utiliser, quand même, des éléments, qui, par leur nature, sont inutilisables et qui, où qu'ils soient employés, grèveraient toujours inutilement et la morbidité et la mortalité françaises, quoique militaires.

M. Wahl (de Marseille). — Dans les derniers mois de la guerre, l'armée italienne, sous l'influence du Colonel-médecin Consiglio (de Rome) avait organisé des unités de débiles qu'on employait aux arrières, notamment aux manutentions de colis ; cette organisation avait donné de bons résultats.

M. Adam (de Rouffach). — Le Dr Adam estime que pour ce qui est des grands débiles, ils doivent évidemment être réformés. Pour ce qui est des débiles légers, il lui paraît excessif de vouloir les grouper en unités spéciales..., ce serait le meilleur moyen de rendre ces sujets ridicules et de les pousser à des réactions diverses. Quand il s'agit de débiles de ce genre, c'est au médecin de les recommander à l'attention des officiers et à la bienveillance de leurs sous-officiers et de leurs camarades. Le débile léger est un bon garçon, que l'on peut utiliser. Bidasse était certainement un débile... il était sympathique à ses chefs et à ses camarades et il a rendu des services aux armées.

La rééducation mentale par la musique

(Opinions et méthodes de Willem Van de Wal)

Par M. W. Beyerman (de Santpoort, Hollande)

Les hommes normaux sont liés à la société par des fils nombreux. C'est l'automatisme mental qui rompt les liens entre les malades et leur entourage, et c'est le devoir des aliénistes de réparer ces liens et de tendre les bouts des fils aux malades, afin qu'un reliement soit plus facile. Tant qu'il nous est impossible de guérir la plupart de nos malades, le seul but du médecin aliéniste doit être de rebâtir les ponts avec la société, de fortifier les sentiments normaux de nos malades et de contrarier leurs automatismes asociaux par une thérapie éducative, active et continue, selon la méthode excellente que nous a indiqué le Dr Simon, médecin-directeur de l'Asile de Gütersloh.

Le sentiment de la musique et du rythme est un des liens des plus forts qui réunissent le genre humain. Nous connaissons tous la valeur de la musique comme remède calmant pour un aliéné agité. La bible nous l'a déjà relaté dans l'histoire de Saul et de David. Mais ce remède calmant n'avait pas encore une intention éducative. C'est le mérite d'un de nos compatriotes, Willem Van de Wal, qui habite depuis longtemps l'Amérique du Nord, et qui, les dernières années, est « field-representative of the bureau of mental Health, Department of Welfare, Pennsylvania », d'avoir établi une méthode pour appliquer la musique et le rythme comme instrument éducatif pour nos aliénés. Je ne veux pas avoir la prétention d'expliquer toutes ces opinions sur lesquelles il a bâti son système. Si vous vous intéressez à ce point, je vous conseille de demander à M. Van de Wal de défendre lui-même ses opinions. Il le fera dix fois mieux que moi.

Cependant, persuadé comme lui que par la musique il est possible de venir en relation avec un certain nombre de nos

malades et ainsi de les reclasser par une activité musicale comme des gens d'une conduite sociale, je veux seulement essayer de vous raconter quelques-uns de ses principes et les essais que nous faisons à Santpoort avec la musique comme moyen thérapeutique, grâce surtout à l'activité de notre médecin-directeur, le Dr Van der Scheer.

Le but de l'application de la musique est d'activer les énergies latentes, enrayées ou inutiles, pour diriger l'individu sur



un plus haut degré moral et social et de prévenir la régression vers un niveau plus bas.

La musique doit tout d'abord éveiller chez les malades des sentiments du passé, du temps où ils étaient encore en possession de leurs facultés normales. Surtout, les chansons nationales, enfantines et religieuses peuvent évoquer des sentiments même chez des malades, qui ont l'air d'avoir une apathie complète. Une fois le sentiment évoqué, il faut essayer de les laisser coopérer avec le musicien et ainsi cultiver leur envie de faire part active du groupe musicien. Ensuite, il faut se servir du sentiment élevé pour modifier la personne malade.

Ce n'est pas dans la salle d'audition qu'il faut donner les leçons. M. Van de Wal visite les pavillons, même ceux des agités et là, sans garde de corps spécial, il commence à chanter ou à jouer d'un instrument quelconque. Et voilà que des malades, qui ne s'intéressaient à rien, se groupent maintenant autour du piano, pleins d'attention. Quelqu'un demande la répétition d'une chanson, un autre réclame une autre chanson, douce mémoire de sa mère ou de son pays et on finit par chan-



ter et musiquer ensemble. Ensuite, il forme des petits chœurs, des groupes de danses rythmiques, de poésie, et voilà qu'il a obtenu un lien important entre les malades et le musicien.

Qui oserait décrire l'influence magique de la musique sur une personne sensible. Une influence qui est surtout éthique, qui édifie et fortifie la personnalité. La musique évoque l'attention et, par là, l'activité et l'ambition.

M. Van de Wal, musicien de mérite, qui a travaillé pendant la guerre dans les campements militaires, ensuite dans les prisons et instituts pédagogiques et, en dernier lieu, dans les maisons de Santé, a écrit plusieurs articles sur la signification

sociale et thérapeutique de la musique. Devant les musiciens, il a défendu le devoir de suivre le côté éthique et social de leur art, pour les laïques, il a propagé l'opinion que la musique est un art extrêmement apte à fortifier le moral et l'équilibre mental, pour les aliénistes, il a exposé une méthode d'organisation et de coopération avec les médecins et les autres moyens thérapeutiques (1).

Nous avons immédiatement essayé les expériences de M. Van de Wal. Sous la direction d'une infirmière, ancienne musicienne, on a formé un chœur central des malades des deux sexes. Dans chaque division, elle a formé des petits groupes pour exercer la chorégraphie et le chant populaire. Ces exercices sont très intéressants à observer pour les médecins. Il faut voir l'attention avec laquelle ils essaient d'exécuter les intentions de leur directrice. Il faut voir ces hommes, qui, pour la plupart, ne s'interessent pas à leur entourage et qui sont tout à fait des « autistes » employer toutes leurs forces et se réjouir de leur coopération musicale et rythmique. L'exercice est pour eux chaque fois un grand plaisir, pour nous, la preuve qu'il est possible d'influencer leur manque d'intérêt, leur négativisme, leur conduite asociale.

Quoique nos expériences datent d'un temps trop court pour tirer des conclusions même provisoires, elles nous apprennent déjà que ces exercices ont une grande valeur pour le traitement de nos malades. Je suis heureux que le Congrès de Blois m'ait offert l'occasion de communiquer nos expériences provisoires, et j'espère que j'ai éveillé votre attention et le désir de faire des expériences pareilles, afin que nous cherchions ensemble tous les moyens possibles pour élever nos malades. Chez les aliénés, chaque âme gagnée est un résultat d'importance.

---

(1) A systematic music program for mental hospitals. The musiciens contribution to modern mental treatment. The healing Music as a means of mental discipline. *Arch. occupational Therapie*, 1923.

Le traitement de la sclérose en plaques et de l'épilepsie par les injections intrarachidiennes de sérum sanguin

Par M. Maurice Dardel (de Neuchâtel)

Les maladies du système nerveux central sont inaccessibles aux traitements ordinaires. Les médicaments administrés par voie buccale, sous-cutanée ou intraveineuse n'exercent pas leurs effets jusque dans les foyers morbides et n'ont, par conséquent, aucune action sérieuse sur la marche de la maladie. D'autre part, les anticorps qui se trouvent dans le sang ne peuvent passer dans le liquide céphalo-rachidien à cause de la barrière hémato-encéphalique dont l'action filtrante, bienfaisante pour lutter contre les maladies infectieuses, devient nuisible lorsqu'il s'agit de combattre les germes pathogènes qui se sont introduits dans les centres nerveux.

Pour lutter contre ces éléments infectieux, il s'agit donc de faire pénétrer ces anticorps dans le liquide céphalo-rachidien. Le moyen le plus simple et le plus logique d'y arriver consiste à prélever du sérum sanguin et à l'introduire par la voie lombaire dans le canal rachidien. L'introduction de ce sérum est suivie d'une réaction plus ou moins intense qui dure plusieurs jours et qui est caractérisée par des symptômes méningés non équivoques (douleurs plus ou moins intenses et prolongées dans la tête, les épaules, la nuque, les bras, les reins et les jambes, fièvre qui ne dépasse généralement guère 38°, nausées et vomissements si on n'observe pas un régime très sévère, vertiges, etc...). L'acuité de cette réaction méningée est due en bonne partie à l'irritation produite par l'introduction de matières albuminoïdes dans le canal rachidien.

Le temps me manque pour vous décrire d'une manière quelque peu détaillée les nombreuses expériences que j'ai tentées dans ce domaine. Les quelques centaines d'injections intrarachidiennes pratiquées au cours de ces dernières années,

m'ont toujours donné des résultats intéressants, sans jamais présenter aucune contre-indication.

Je relèverai d'abord un résultat négatif : c'est l'impuissance de l'autosérothérapie intrarachidienne vis-à-vis du tremblement. Ainsi, dans le parkinsonisme après encéphalite, le traitement qui influence très favorablement la diplopie, l'attitude figée, la raideur, ne modifie pas sensiblement le tremblement, ce qui fait que je l'ai à peu près abandonné dans cette maladie.

Par contre, je ne saurais assez insister sur les beaux résultats obtenus dans la sclérose en plaques. Cette affection, considérée jusqu'à présent comme incurable, entre dans une nouvelle phase ; des perspectives réjouissantes sont ouvertes aux malheureux qui voyaient leur existence brisée par la marche lentement progressive de la maladie.

C'est de 1924 que date le premier cas traité. Il s'agit d'un homme tombé malade pendant la mobilisation de guerre et soigné pendant cinq ans dans différents hôpitaux sans aucun succès. Il était absolument invalide, atteint de paralysie avec contractures. Le traitement dura deux ans et demi ; le malade reçut 25 injections intrarachidiennes de sérum sanguin ; l'amélioration, d'abord très légère, s'accentua toujours davantage; le malade retrouva l'usage de ses jambes, se mit à faire des promenades toujours plus longues puis des courses de montagnes ; la dernière injection fut pratiquée en juillet 1926; dès lors, son état s'est encore amélioré; actuellement il est agent d'une compagnie d'assurances et travaille normalement. C'est un cas tout à fait remarquable, car le malade en question était considéré comme absolument incurable.

Les autres malades soignés par l'autosérothérapie intrarachidienne confirment le succès du traitement. Plusieurs personnes satisfaites d'une amélioration qui leur permet de vaquer à leurs occupations, renoncent à une guérison complète qu'elles jugent inutiles. D'autres, plus persévérantes, reviennent se soumette à de nouvelles interventions qui, toutes, accentuent les progrès réalisés.

Si la maladie est très avancée avec paralysie complète et contracture des jambes, la première injection paraît avoir peu d'effet ; cependant on constate toujours une petite amélioration que la suite du traitement accentue toujours davantage.

L'état général est heureusement influencé par ces injections ; les malades se sentent de suite plus légers, leur visage s'éclaire, le strabisme disparaît, l'habileté manuelle, si nécessaire à nos horlogers se rétablit. Tel homme, incapable de marcher, amené dans une petite voiture, s'en retourne en poussant lui-même le véhicule dont il ne pensait pas pouvoir se passer. Tel autre monte allègrement l'escalier que peu de jours auparavant, il escaladait avec peine, les pointes de ses pieds s'accrochant à chaque marche. Ce même malade est heureux de pouvoir de nouveau conduire son automobile, exercice auquel il avait dû renoncer complètement. Des résultats de ce genre sont obtenus déjà après une ou deux injections.

Dans l'épilepsie les injections intrarachidiennes de sérum sanguin exercent aussi une action intéressante et si dans cette maladie mystérieuse, il ne m'est pas encore possible de parler de guérison, j'ai constaté dans presque tous les cas, une modification favorable de la maladie. Un premier essai tenté sur un épileptique dément, à crises quotidiennes, eut pour effet de supprimer les crises, naturellement sans modifier l'état mental.

Chez les dix personnes que j'ai en traitement, le résultat des injections est favorable. Dès la première intervention, tous les remèdes sont supprimés et, malgré cela, le nombre de crises diminue notablement, de sorte que les malades reviennent d'eux-mêmes demander de nouvelles injections. Pendant la période de réaction avec symptômes méningés, les crises ne sont pas rares, mais elles cessent plus ou moins complètement lorsque l'équilibre est rétabli.

Dans l'épilepsie, il faudra sans doute travailler encore pendant bien des années avant de pouvoir proclamer un résultat définitif. Par contre, dans la sclérose en plaques, les progrès réalisés par l'auto-sérothérapie intrarachidienne sont incontestables et permettent d'affirmer que cette maladie, réputée incurable, est justiciable du mode de traitement que je viens de vous présenter.

Une nouvelle technique pour soulager les malades obsédés

Par M. le Dr E. Mira (de Barcelone)

Je n'ai pas la prétention de vous apporter un moyen qui représente un véritable progrès dans le traitement des obsessions. Je désire seulement vous exposer un artifice psychothérapeutique original, moyennant lequel on peut obtenir des *améliorations* dans les cas rebelles de neurose compulsive à base constitutionnelle.

Mon procédé vise, en synthèse, à procurer « la dilution de la charge affective de l'idée obsédante » en lui fournissant un nombre de plus en plus grand de voies associatives de décharge. Voici en quoi cela consiste:

1° On prie le malade de préciser autant que possible ses idées et sentiments obsédants en les concrétisant dans une formule verbale très claire et concise ;

2° Une fois cette formule étant obtenue, on lui propose de dédier 10 minutes à sa destruction systématique moyennant des transpositions, inversions, substitutions et additions successives de ses lettres, syllabes ou paroles ;

3° Pour exciter l'intérêt du malade à cette tâche, on lui dit que de cette façon l'énergie émotionnelle attachée à l'idée obsessive primitive trouve une dérivation et une dilution à travers les nouvelles voies associatives verbales qui sont créées par cet exercice (ce qui se passe en réalité, c'est que le changement d'attitude réactionnelle que comporte le travail donné au malade provoque, étant donné l'impossibilité de porter simultanément l'attention dans deux plans psychiques, une diminution de l'intensité de perception des idées obsédantes. D'autre part, le fait de ce que le malade se *sent travailler sur son obsession* prévient la possibilité de ce qu'il détourne son attention vers le côté affectif de celle-ci, puisque c'est très difficile aussi de simultaner deux attitudes opposées de réaction, vis-à-vis d'un même stimulus).

Pour que l'on puisse saisir de plus près notre technique, voici comment j'ai opéré dans le cas suivant : J.-S. P., avocat, âgé de 38 ans. Il souffre depuis longtemps d'une neurose compulsive très rebelle dont il parvient à résumer les idées les plus pénibles, en disant : « *Je hais mon frère. Je désire le tuer. Je suis un lâche.* » Or, nous le prions de faire avec ces mots les exercices suivants pour ôter à ses affirmations leur caractère pénible et obsédant : 1° Inversion absolue de son ordre : *lâche un suis je tuer le désire je frère mon hais je.*

2° Inversion de ses lettres : *ej siah nom ererf. ej erised el reut. ej. sius nu echal.*

3° Addition à chaque mot d'un autre fourni par association immédiate : je-toi ; hais-rage ; mon-ton ; frère-sœur, etc...

4° Répétition des mêmes opérations antérieures avec la nouvelle formule associative résultante (*toi rage ton sœur*).

5° Substitution dans la formule primitive, des lettres par ses suivantes ou antécédentes dans l'alphabet: *kf ibjl npo gsfsf*, etc...

6° Interpolation des syllabes inconnexes parmi les mots absurdes qui en résultent de cette opération : *k-ai-f ib-ai-jt-n-ai-po g-aisf-ai-sf*, etc...

7° Substitution de chaque lettre par le numéro d'ordre qui lui correspond dans l'alphabet : 10-5 19-21-9-19 21-15 11-1-3-8-5, etc...

Petit à petit, le malade arrive à se plonger dans ces exercices; il parvient à idéer des combinaisons nouvelles et il se plaît à nous donner les produits finals de la destruction de sa formule verbale obsessionnelle en nous défiant de deviner le mécanisme par lequel il les a obtenus. En somme, il change complètement d'attitude vis-à-vis de son obsession et au bout de quinze jours, on peut le considérer comme guéri de celle-ci.

Traitement des psychoses par le somnifène

Par M. VAN DER SCHEER (de Santpoort)

Dans l'Etablissement pour nerveux et aliénés que je dirige et qui compte 1.440 lits, nous employons, depuis 1923, le Somnifène dans différents buts thérapeutiques, mais le plus souvent en provoquant un sommeil de 15 jours. Plusieurs auteurs ont appliqué chez leurs malades la méthode préconisée par Kläsi, sous le nom de Narcose prolongée au Somnifène, citons entre autres Werner, Moser, Meyer, Demole.

Les uns prétendent n'avoir obtenu presqu'aucun résultat, les autres disent que le résultat est excellent ; tous sont d'accord pour dire que la méthode est loin d'être inoffensive.

Dans notre établissement, le Dr Stuurman, le premier, a signalé 50 cas traités ; après lui, Gans a relaté d'autres cas et enfin l'ouvrage le plus étendu est celui de Dozy qui a publié les résultats de 130 traitements au Somnifène.

J'ai l'impression que ces recherches qui n'ont été publiées qu'en néerlandais n'ont pas été suffisamment connues, bien qu'une analyse du travail de Dozy ait paru dans le *Journal belge de Neurologie et de Psychiatrie*. Vu l'intérêt que nous attachons à cette méthode de traitement, je me permets de vous exposer à ce sujet mes idées, idées que j'emprunte aux travaux des auteurs cités et aux conversations que nous avons eues ensemble. Nous avons traité dans notre Institut environ 250 cas par des injections de Somnifène. Nous injections deux fois par jour 2 cm^3 de Somnifène intramusculaire dans la région fessière. Le traitement dure en moyenne quinze jours (deux semaines).

Dans les cas où par suite de faiblesse organique, des complications sont à redouter, on commence le traitement par 60 gouttes administrées par la bouche et on augmente progressivement pour arriver au bout de 6 jours à 70 gouttes deux fois par jour.

Le malade séjourne dans une chambre obscure, dans une ambiance extrêmement calme et sous surveillance continue très stricte. Les complications à redouter sont : élévation de température, fréquence du pouls, exanthème, vomissements, rétention d'urine, troubles de déglutition et pneumonie. Ces

complications surgissent généralement vers le 3e ou le 4e jour ; si l'on est attentif, on peut interrompre temporairement le traitement.

Ces dangers peuvent être évités :

1° En ne provoquant pas une narcose trop profonde. Notre expérience nous enseigne qu'il n'y a pas nécessairement parallélisme entre la profondeur du sommeil provoqué et le succès de la cure. Un sommeil superficiel peut aboutir dans les cas favorables à un plein succès.

2° Il ne faut jamais entreprendre de traitement quand il règne dans l'établissement de petites épidémies d'influenza.

3° Il faut être extrêmement prudent chez les cardiaques et chez les néphritiques ; il faut administrer de petites doses pendant un temps plus long et les combiner avec du digalène.

4° Ne jamais entreprendre de traitement chez des malades atteints de tuberculose grave.

Voici les résultats que nous avons obtenus :

I. Une seule injection de Somnifène de 2 cm^3 chez les psychopathes et les hystériques facilite grandement le début de la thérapeutique suggestive.

II. Une seule injection de Somnifène est en état de couper l'état de mal épileptique.

III. Un traitement de quinze jours est capable d'influencer favorablement et à diverses reprises les états d'exaltation de la schizophrénie.

IV. Un traitement de quinze jours est capable de couper net la phase maniaque de la psychose maniaco-dépressive de telle façon que le malade peut être renvoyé chez lui après trois à quatre semaines environ. Le résultat est excellent dans la presque totalité des cas de manie pure.

V. Le traitement s'est également montré très efficace dans nombre de cas de psychose maniaco-dépressive à la période dépressive.

VI. Dans de nombreux cas de mélancolie avec agitation, la cure au Somnifène a été également couronnée de succès ; dans ces cas cependant le traitement ne peut avoir lieu que sous le contrôle le plus rigoureux.

Sur la base de notre expérience dans notre Asile, nous voudrions conseiller à tous les psychiatres d'appliquer le traitement au Somnifène, surtout dans la psychose maniaco-dépressive.

Ce traitement ne peut se faire que dans un Institut ou une Clinique sous un contrôle continu et particulièrement strict.

IV. COMMUNICATIONS DE MÉDECINE LÉGALE

Sur les modifications à apporter à la loi du 30 juin 1838

Par M. Delaitre (de Paris)

Mesdames, Messieurs, il y a cadre et cadre : il y a le cadre admirable dans lequel s'exerce la fastueuse hospitalité de l'éminent psychiatre, Maire de Blois, le sympathique Docteur Olivier, ces bords de Loire, calmes et reposants, témoins impassibles des périodes les plus agitées de notre histoire et par là-même générateurs d'équilibre et d'énergie. Il y a également le cadre dans lequel je dois restreindre une communication, que je n'ai d'ailleurs pu glisser au dernier moment que grâce à l'inlassable complaisance de notre aimable Secrétaire Général permanent. Je m'efforcerai donc de ne pas dépasser les cinq minutes accordées à chaque orateur.

Laissez-moi vous dire cependant en exorde que ma courte communication n'aura d'autre but que de prendre l'avis des hautes personnalités médicales et psychiatriques si heureusement rassemblées à ce Congrès sur quelques immédiates modifications à la loi du 30 juin 1838, que je serai peut-être appelé à exposer devant la Commission Sénatoriale d'assistance et sur lesquelles il serait fort désirable que l'unanimité puisse être obtenue.

Sans remonter au fameux rapport de Gilbert-Ballet devant l'Académie de Médecine il serait vain de vous rappeler les critiques ardentes et les attaques passionnées dont a été l'objet la loi de 1838, pourtant loi d'assistance et non de police, comme je me ferais fort de vous le démontrer, si j'en avais le temps, par ses travaux préparatoires eux-mêmes. La loi de

1838 est une vieille dame, qui était bien belle avant l'Empire et qu'il convient, même si l'on ne parle que de sa mort, de saluer très respectueusement au passage : les étrangers l'ont tellement admirée que la plupart des pays d'Europe l'ont plus ou moins servilement copiée.

Je ne suis donc pas de ceux qui proposent d'en faire table rase, et, tout en rendant hommage aux idées généreuses contenues dans les projets que je qualifierais d' « abolitionnistes », notamment dans le dernier rapport des docteurs Toulouse et Dupouy, j'estime personnellement qu'il convient de n'y toucher que d'une main fort légère et de n'y apporter actuellement que les modestes retouches dont la nécessité a été révélée par l'expérience et sur lesquelles l'accord paraît facile à obtenir.

Négligeant donc volontairement l'importante question des aliénés criminels, qui a été spécialement étudiée par mon éminent collègue, M. Michel, Président de Chambre à la Cour d'Appel de Paris et dont, je l'espère, il pourra vous faire lui-même l'exposé au Congrès d'Anvers, je laisserai également de côté à dessein l'épineuse situation juridique des « services ouverts », que toutes les séances d'un Congrès seraient à peine suffisantes pour tenter de solutionner et je me bornerai à passer brièvement en revue les quelques modifications dont le vote me paraîtrait dès maintenant possible et désirable.

I. *Sorties d'essai :* Ces sorties seraient à réglementer, conformément aux dispositions de l'Article 18 de la proposition soumise au Sénat en 1913 et de l'Article 21 du projet du Gouvernement de 1924. Le malade « en congé » ne sera pas livré à lui-même ; le médecin ne lui ouvrira la porte qu'après s'être assuré qu'il trouvera hors de l'Asile, l'assistance et la surveillance nécessaires et, d'ailleurs, le médecin de l'établissement ne le perdra pas de vue et pourra, le cas échéant, le faire rentrer à l'Asile.

II. *Système de la « porte ouverte » :* Ce système, qui consiste à permettre qu'un interné, puisse, dans certaines conditions, franchir les portes de l'Asile, quitte à y être réintégré si des manifestations nouvelles de troubles mentaux rendaient cette mesure nécessaire, manque de base légale. Il fonctionne néanmoins pour le plus grand avantage, tant des malades pour qui le travail en plein air et avec une certaine apparence de liberté est un moyen thérapeutique efficace, que

des collectivités payantes, qui n'ont à régler que des prix de journée considérablement inférieurs à ceux des grands Asiles dégagés d'autant. C'est notamment la région des Colonies familiales de Dun-sur-Auron et d'Ainay-le-Château, qui ont été créées dans le Cher par le département de la Seine et où des difficultés d'ordre judiciaire ont démontré la nécessité d'une disposition législative nouvelle autorisant leur fonctionnement régulier. C'est donc là un des points où l'intervention du législateur doit se produire dans le plus bref délai, sous réserve que les malades placés chez les habitants se sentent toujours entre les mains de l'autorité administrative et sachent qu'à la moindre incartade ils sont susceptibles d'être réintégrés dans un Asile fermé.

III. *Internement à la requête du malade :* Beaucoup de psychopathes sont assez conscients de leur état pour désirer être soignés et mis à l'abri de leurs réactions mauvaises. La proposition et le projet de loi, dont j'ai parlé plus haut, prévoient les placements demandés par le malade lui-même ; ce serait une excellente réforme.

IV. *Placement des malades à l'étranger :* L'Article 14 du projet du Gouvernement oblige celui qui conduit un malade dans un établissement d'aliénés à l'étranger à faire préalablement une déclaration au Procureur de la République du domicile du malade et donne à ce magistrat le droit de s'y opposer. Cet article ajoute que « tout Français qui provoque le placement d'un Français résidant hors de France dans un établissement situé à l'étranger, est tenu de faire, dans le délai d'un mois à partir du placement, la déclaration de ce placement au Consul de France et au procureur de la République au dernier domicile en France du malade ». Ces dispositions qui remédient à des abus trop souvent signalés, seraient à voter immédiatement.

V. *Inspection des établissements publics et privés :* Il conviendrait d'augmenter le nombre des médecins-inspecteurs débordés dans les grands Asiles et de régulariser les visites de l'autorité judiciaire, prévues tous les 6 mois pour les Asiles publics et tous les 3 mois pour les Asiles privés. On pourrait généraliser le mode de procéder, actuellement en vigueur dans plusieurs Parquets, le Président, le Procureur et le Juge de Paix devant se rendre obligatoirement, à tour de rôle, une fois par mois, dans chaque établissement à visiter.

VI. *Organisation des asiles et classement des malades :* L'article 6 du projet du Gouvernement dispose que « nul ne pourra diriger un établissement privé sans intervention du Préfet et que le postulant devra être postulant français (il vaudrait mieux dire « de nationalité française » pour ne pas exclure les femmes) et pourvu du diplôme de docteur en médecine » ; en outre, un cautionnement est exigé. C'est là une mesure qui ne paraît soulever aucune critique ; on pourrait peut-être seulement ajouter l'obligation pour le candidat d'avoir passé le concours de médecin des Asiles.

D'autre part, le même projet de loi prévoit le groupement des départements pour la fondation et l'entretien d'Asiles pour chroniques, d'Asiles spéciaux ou de sections spéciales destinés aux épileptiques, aux alcooliques ou aux vicieux. C'est là encore une disposition qui pourrait être votée de suite, en y ajoutant peut-être l'intéressante catégorie des vieillards affaiblis ou gâteux, que les hospices évacuent trop souvent, s'ils sont difficiles ou bruyants, sur les Asiles où ils peuvent avoir à souffrir de la promiscuité d'aliénés véritables.

VII. *Protection des biens des aliénés :* D'après la loi de 1838, le malade interné dans un établissement privé, n'a pas de plein droit un administrateur, bien que la plupart aient naturéellement une certaine fortune. On pourrait donc charger l'administrateur provisoire des biens des aliénés internés dans l'Asile public le plus proche de rechercher, dès l'internement du malade, aux mains de qui se trouvent ses biens, de procéder, le cas échéant, aux actes d'administration urgents, et de prendre l'initiative, en cas d'inaction de la famille, de faire nommer un administrateur. Un grand obstacle à la nomination de l'administrateur est la difficulté et souvent l'impossibilité de réunir le Conseil de famille. En ce dernier cas, la Chambre du Conseil pourrait remplir le rôle de Conseil de famille, comme cela a lieu pour les enfants naturels.

VIII. *Responsabilité civile des aliénés :* L'article 54 du projet du Gouvernement rend applicable aux aliénés la responsabilité civile édictée par les articles 1382 et suivants du code Civil pour les actes commis par eux en dehors de l'établissement où ils sont internés. Il admet également la responsabilité des personnes qui, en vue d'obtenir la sortie d'un aliéné, auront assumé sa garde et sa surveillance et aussi, mais en cas de faute grave seulement, celle du Directeur d'un établisse-

ment ayant autorisé des sorties d'essai. Enfin, cet article substitue la prescription de 30 ans à celle de 5 ans, admise par la jurisprudence pour le recouvrement des frais avancés par les départements pour l'entretien des aliénés internés. Toutes ces dispositions paraissent ne soulever aucune objection sérieuse et leur vote rapide serait éminemment désirable.

J'en aurais terminé, Mesdames et Messieurs, avec cet aride exposé de têtes de chapitres, si je ne voulais vous dire un simple mot de certaines réformes proposées, qui me paraissent, soit peu désirables, soit encore insuffisamment au point.

D'une part, un des grands reproches faits à la loi de 1838 est celui de n'avoir pas donné de définition de l'expression « aliéné ». Je vois encore mon éminent collègue et ami, le regretté Dr Antheaume, s'élever avec véhémence au Congrès de Quimper contre la possibilité de tenter une pareille définition. J'estime avec lui qu'il serait dangereux d'introduire dans la loi une délimitation obligatoire et juridique entre le dément à interner et le psychopathe à laisser libre : il me paraît donc préférable de s'en tenir à la notion actuelle qui permet l'internement de tout psychopathe, qui, à raison de ses troubles mentaux et de ses conditions d'assistance, est hors d'état de participer à la vie sociale normale.

D'autre part, on a proposé d'exiger, comme en Hollande, l'intervention de l'autorité judiciaire pour autoriser l'internement. A mon avis, le résultat de cette intervention serait de transférer, au pouvoir judiciaire, la responsabilité qui incombe au médecin, rédacteur du certificat et le magistrat, à moins d'avoir recours dans chaque cas à une expertise, ce qui serait dans la pratique impossible, pourrait être amené à couvrir un certificat contenant des erreurs ou même, pour aller au pire, un acte de complaisance. Il semble donc préférable de laisser l'entière responsabilité du certificat à celui qui le délivre.

Enfin, la proposition Strauss soumettait aux dispositions générales de la loi de 1838 tous les établissements privés, où seraient soignés, sous un vocable quelconque, les malades suspects d'aliénation mentale, voire même, les simples nerveux. Si je conçois parfaitement la nécessité d'une surveillance des autorités administrative et judiciaire (d'ailleurs impérieusement réclamée par l'opinion publique) sur les maisons de santé où le malade est considéré comme libre (ce qui n'empê-

che pas toujours les détentions arbitraires), j'estime que les dispositions de la loi de 1838 ne sont susceptibles d'être appliquées qu'aux établissements où la liberté du malade est réellement entravée et où il y a véritable internement.

C'est donc là une de ces réformes qui, à raison des protestations qu'elle ne manquerait pas de soulever, ne me paraît pas suffisamment mise au point et qu'il conviendrait de réserver pour un examen ultérieur sous peine de faire échouer le vote immédiat des modifications d'un caractère urgent mais plus anodin, dont j'ai pris la liberté de vous ennuyer trop longuement.

Je crois néanmoins n'avoir pas beaucoup outrepassé les cinq minutes réglementaires et je serais reconnaissant à mes auditeurs de me faire connaître ici ou ailleurs, soit leur assentiment, soit leurs critiques ou objections contradictoires.

Nécessité de la déclaration obligatoire de tout internement antérieur avant l'entrée dans l'Armée

Par M. Folly, Médecin principal de l'Armée (Strasbourg)

On peut s'étonner que la déclaration obligatoire des internements antérieurs à l'âge de l'entrée dans l'Armée, déjà réclamée par Régis en 1908, attende encore sa mise en application.

D'une façon générale, avec le régime individualiste qui règne en France, la société n'est pas suffisamment protégée contre les aliénés dangereux, et il suffit d'ouvrir au hasard un journal quotidien pour y lire quelque drame de la folie.

L'Armée, qui est une collectivité organisée ayant pour base la discipline et le bon ordre, a un intérêt particulier à se préserver des aliénés. Or, jusqu'ici, rien n'a été fait dans ce sens et la déclaration des internements des jeunes conscrits est laissée au bon vouloir des Maires ou des familles, le dossier sanitaire prévu par la loi militaire de 1905, étant purement facultatif.

Il semble que le moment soit choisi dans cette imposante Assemblée pour discuter l'opportunité de cette mesure. Deux faits observés par nous viendront à l'appui de notre assertion. Le premier, déjà ancien, date de 1905, époque où la psychiatrie était encore peu connue dans l'Armée. Il se passait en Algérie à Koléa, petite garnison agréable surnommée : « Le Berceau des Zouaves », parce que c'est là que la Moricière organisa cette troupe aux exploits depuis légendaires. Un capitaine très observateur envoya à mon examen un engagé volontaire, nommé Garinet, sujet roux, bâti en hercule, dont le regard fuyant et l'attitude habituelle avaient attiré son attention. Cet homme était accusé de vols sans utilité, de bris d'objets, de dégradation du matériel. Observé à l'Infirmerie, puis à l'Hôpital, il se renferma dans un mutisme et un isolement farouches. Evacué sur l'Hôpital du Dey à Alger, il fut réformé pour un autre motif que celui d'aliénation mentale.

Or, peu de temps après, en lisant au hasard un journal, j'apprenais que le même individu, retourné à l'Asile de Villejuif d'où il sortait avant son engagement volontaire au 1er Zouave, avait tiré six coups de revolver sur le Docteur Marie, médecin en chef de l'Asile, le blessant grièvement.

On devine ce qui s'était passé : Garinet avait été à l'âge de 18 ans interné à l'Asile de Villejuif. Rendu à sa famille, il avait été contraint par son père, qui ne savait qu'en faire, à s'engager dans une troupe d'Afrique, peut-être dans l'espoir chimérique d'un redressement moral. De constitution robuste, il avait été accepté aux zouaves et vous savez la suite : Garinet se révéla comme un débile pervers et l'on ne saurait trop louer la prudence du Médecin de l'Hôpital du Dey Bey qui, sans mettre une étiquette précise sur le cas de Garinet, vit qu'il avait affaire à un sujet dangereux et se hâta de l'éliminer de l'Armée.

Le second cas est tout récent. Il concerne un jeune chasseur de la garnison de Haguenau, qui fut interné à l'âge de 15 ans, à l'Asile de Perray-Vaucluse, sur la demande de son père pour vols commis à son préjudice. Cet homme, dont l'internement était resté ignoré, a pu séjourner dix mois à la Caserne, passant plus de la moitié de ce temps en état d'absence illégale ou aux locaux disciplinaires (168 jours sur 303). Traduit devant le Conseil de Guerre pour vols et fugues répétées, il fut acquitté parce que jusqu'à ce moment, son défenseur fit valoir qu'il avait été interné et plaida son irresponsabilité.

Ainsi, cet homme n'a rendu aucun service, a troublé pendant dix mois la discipline d'une troupe d'élite, a mis en mouvement la justice militaire pour aboutir à une réforme définitive. N'est-il pas évident que tous les inconvénients de l'incorporation d'un pareil sujet eussent été supprimés par une exemption prononcée au Conseil de révision, même sur le vu d'un certificat d'un médecin de l'Asile, où il avait été enfermé ?

La présence à la Caserne de ces sujets dangereux serait évitée par la constitution dans chaque Mairie d'un dossier spécial pour chaque homme interné, dossier dont la base serait un certificat médical délivré par l'Asile récepteur. On pourrait y ajouter les renseignements de notoriété publique, les enquêtes de gendarmerie, les extraits du casier judiciaire (si l'aliéné a été primitivement méconnu et condamné).

Pour les appelés, ce dossier serait adressé par le Maire au Conseil de révision, tout comme un autre dossier de maladie et joint à ceux qui sont remis au Général qui assiste aux séances.

Quant aux engagés volontaires, ils ne pourraient être acceptés qu'après une attestation du Maire de leur commune de résidence déclarant qu'ils n'ont pas été l'objet antérieurement d'aucune mesure d'internement. Il est en effet très difficile au médecin du bureau de recrutement qui souvent voit des engagés volontaires en série, de se livrer à un examen psychiatrique, surtout, lorsque, d'autre part, le sujet qui se présente à lui est d'apparence robuste et l'impressionne favorablement.

Il ne pourrait y avoir d'exception que pour les engagés à la Légion Etrangère, recrutés dans des conditions spéciales et qui sont généralement des anormaux ainsi que l'a établi notre camarade Combe dans ses études si pénétrantes sur les troupes d'Afrique.

Il serait, d'autre part, nécessaire d'indiquer le motif de l'internement, car on n'admet plus aujourd'hui qu'il soit une tare rédhibitoire. Mais si, d'anciens internés pour affections mentales épisodiques peuvent être appelés sous les drapeaux sans trop d'inconvénients, il n'en est plus de même pour les sujets atteints de troubles mentaux constitutionnels, dont la débilité mentale avec réactions perverses fournit l'un des principaux exemples.

Il sera enfin prudent de n'admettre aucun ancien interné, quel qu'il soit, à contracter un engagement volontaire auquel ces sujets sont généralement poussés par leurs familles pour se débarrasser d'eux et peut-être aussi dans l'espoir illusoire d'une amélioration qui n'arrive jamais, quelquefois même dans une intention malhonnête, certains engagés volontaires devenus aliénés au corps ayant été réformés avec pension.

Mon travail était déjà terminé lorsque j'appris que la question avait attiré l'attention des milieux psychiatriques civils et militaires. Elle fait actuellement l'objet d'une étude de la Ligue d'Hygiène Mentale et une Commission mixte, civile et militaire, a été chargée de rechercher quels seraient les moyens les plus pratiques et les plus efficaces pour éviter l'incorporation dans l'Armée de sujets atteints de tares psychopathiques. Une étroite collaboration des médecins civils et militaires est indispensable à cet égard et c'est à elle que je viens de faire appel aujourd'hui.

Discussion

M. Lagriffe (de Quimper). — Je suis heureux de voir porter à la tribune du Congrès une question dont je me préoccupe depuis plusieurs années et je remercie M. le Médecin-principal Folly de l'occasion qu'il me donne d'apporter ici le résultat pratique d'une mesure qu'il préconise. Depuis 1921, j'adresse tous les ans, à l'autorité administrative, un certificat médical concernant chacun des malades précédemment sortis de mon service d'Asile et qui doivent, dans l'année, être présentés au Conseil de Révision, même lorsque cette sortie a eu lieu par guérison. Ces certificats sont toujours bien accueillis et, quelquefois, il en est tenu compte ; cela dépend, évidemment, surtout, des membres médicaux du Conseil. Ceux-ci, parfois mal avertis des choses de la psychiatrie, offrent à l'occasion de la résistance, mais celle-ci peut être vaine. L'an dernier, j'avais ainsi attiré l'attention du Conseil sur un conscrit qui avait présenté et présentait encore des accès confusionnels périodiques ; il n'avait d'ailleurs pas été interné, mais je l'avais vu à une consultation externe, j'avais prévenu la mère et lui avait remis à elle-même le certificat, du consentement de l'intéressé. Les médecins et le Conseil lui-même étaient opposés à l'exemption qui fut cependant prononcée, grâce à la demande formelle du Préfet. En adoptant ma manière de faire, on peut donc obtenir quelques résultats, mais il y aurait intérêt à la rendre obligatoire, car aucun de ceux qui ont été internés ou qui ont présenté des troubles mentaux, ne devrait être incorporé. Je suis d'avis que cette règle ne doit pas souffrir d'exception.

Il en est de même des engagés volontaires. Au point de vue mental, l'engagé volontaire est toujours suspect. Il suffit, pour s'en rendre compte, d'interroger, seulement, les candidats sur les motifs de leur engagement. Cet interrogatoire de quelques secondes suffit souvent à éclairer un médecin averti.

Je me souviens d'un dément précoce, interné à 15 ans, retiré non guéri au bout de quelques mois par sa famille et qui me revint, quatre ans après, réformé avec pension et toujours dément précoce ; son père avait eu l'habileté de lui faire contracter un engagement dit volontaire.

La meilleure solution consisterait à fixer les lieux d'engagement au bureau de recrutement le plus proche de l'Asile

départemental et à faire suivre l'examen physique d'un examen mental pratiqué par un médecin spécialiste.

Il y a tout un courant à remonter et puisque les infirmités mentales donnent lieu, comme les maladies, à indemnisation, il est anormal et contraire aux intérêts de la collectivité, de ne pas joindre l'examen mental à l'examen physique. Le temps est passé où l'engagement volontaire permettait aux familles bien intentionnées de se débarrasser de leurs rejetons tarés. Ces rejetons tarés, il faut les soigner ou les mettre à l'abri et il ne faut pas chercher à en encombrer un milieu qui doit rester à l'abri de toute cause de diminution matérielle et psychique.

M. Wahl (de Marseille). — Dr Wahl rappelle une observation qui figure dans sa thèse (1898). Il s'agit d'un débile, fils de P. G., interné à l'âge de 14 ans dans le service de Bourneville à Bicêtre. Paraissant amélioré, il sort de l'Asile, puis s'engage à 18 ans, se conduit bien, devient sous-lieutenant, puis se fait casser à la suite d'actes absurdes et délictueux ; il fut réformé puis devient infirmier à Bicêtre. Depuis, sa trace a été perdue.

M. Calmettes (de Limoges). — Cette question de l'élimination de l'armée des sujets ayant fait des accès d'aliénation mentale ou suspects au point de vue mental est entrée dans certains corps d'armée dans la voie des réalisations pratiques.

Dans la douzième Région, en particulier, tous les sujets suspects au point de vue mental sont soumis à l'examen d'un des médecins-chefs de l'Asile de Naugeat qui a été chargé officiellement de ce soin. L'élimination de ces sujets a son intérêt à un double point de vue : 1° au point de vue discipline, il importe de débarrasser l'armée de sujets peu ou prou responsables qui peuvent troubler l'ordre ; 2° au point de vue pécuniaire : les dispositions de la loi des pensions prescrivent que l'origine de la maladie est acquise à tout soldat qui a passé 3 mois dans un corps de troupe. Si on ne fait pas un triage sérieux au moment de l'incorporation, on risque d'être obligé de donner des pensions à des sujets tarés avant leur incorporation et pour lesquels les fatigues du service n'auront été pour rien dans la genèse de leur maladie.

Nous ne croyons pas qu'il faille cependant éliminer systématiquement de l'armée tous les sujets qui présentent des signes

de claudication peu ou prou intermittente de leur psychisme. Ce serait une façon trop facile de se soustraire à un devoir qui, pour quelques-uns, n'apparaît que comme une ennuyeuse corvée : nous avons vu récemment deux sujets qui pour avoir fait un séjour dans un établissement hydrothérapique, croyaient de ce fait qu'il était absolument nécessaire qu'ils rentrent à leur foyer. Nous avons estimé qu'ils pouvaient faire à l'armée les métiers de tailleur et d'employés de bureau qu'ils exerçaient chez eux.

Ce qui est nécessaire pour ces sujets, c'est de joindre à leur carnet sanitaire une feuille d'observation précisant les symptômes morbides observés de façon que le commandement soit averti de leurs réactions ; la même feuille pourra, le cas échéant, renseigner la Commission de Réforme sur la genèse des symptômes morbides invoqués comme donnant droit à une indemnisation.

Pendant la guerre, on a interprété d'une façon libérale la circulaire du 3 juin 1897 qui prescrit d'exclure de l'armée tout sujet atteint d'aliénation mentale ; une circulaire en date du 11 octobre 1917 prescrivait de garder au dépôt ou de réformer temporairement les sujets ayant présenté des symptômes de psychopathie aiguë. Il serait nécessaire également de prendre des mesures pour des débiles qui peuvent entraîner des désastres comme combattants, mais qui à l'arrière, dans des formations d'étapes, pourraient rendre des services dans les travaux de routes, au ravitaillement, comme infirmiers d'exploitation, etc. On pourrait ainsi renvoyer à l'intérieur quelques territoriaux chargés de ce soin. Cette question qui était à l'étude au Service de Santé au moment de l'Armistice pourrait être reprise avec la nouvelle loi sur le service d'un an qui décrète l'utilisation de toutes les forces de la Nation.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU CONGRÈS

TENUE AU CHATEAU DE BLOIS, LE MERCREDI 27 JUILLET 1927

Présidence : M. RAVIART, *président*

M. René Charpentier, *secrétaire permanent*, rappelle la mort récente du Dr Arnaud, ancien président du Congrès, du Dr Marcel Briand, ancien président d'honneur, et du Prof. Schnyder, président de la Société suisse de neurologie. Il exprime les regrets de tous.

Il propose d'adresser des félicitations au Dr J. Froment, rapporteur de la question de Neurologie à la 28e session du Congrès (Bruxelles, 1924), actuellement guéri de la blessure reçue d'un malade de son service, et qui faillit être victime de son dévouement professionnel. (Adopté) (1).

---

(1) En réponse aux félicitations du Congrès, le Dr J. Froment a adressé au secrétaire permanent la lettre suivante :

Cher Secrétaire Général et Ami,

Les sentiments si affectueux que m'a adressé par votre entremise l'Assemblée Générale de la 31e session du Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de Langue Française, à l'occasion de mon complet rétablissement, m'ont été très à cœur.

La solidarité étroite du milieu médical et tout spécialement on peut bien le dire du milieu neuro-psychiatrique, je l'ai profondément éprouvée aux heures difficiles. Elle fut pour les miens et pour moi de grand réconfort. J'ai plaisir à le reconnaître.

Le danger couru est un de ceux qui guette plus spécialement le neuro-psychiâtre que tout autre médecin. Avant moi, nombre d'autres y ont été exposés, et il en est plus d'un qui y a laissé la vie.

Je voudrais seulement pour éviter le plus possible le retour de tels accidents, que le milieu neuro-psychiâtre qui vient par votre entremise de m'envoyer cette adresse de sympathie en connût exactement les particularités. Mon agresseur était un persécuté précédemment interné, mis en liberté depuis un mois à titre d'essai. C'est au cours de son mois de mise en liberté qu'il s'est fait recevoir dans mon service (Service de Médecine générale et Neurologie) pour des douleurs des membres.

N'est-il pas bon de souligner le danger des mises en liberté à titre d'essai chez des persécutés !

En vous remerciant encore mon cher secrétaire général et ami, je puis bien vous dire que votre invitation d'assister au Congrès d'Anvers ne restera pas sans réponse favorable.

En toute cordialité.

J. Froment.

Il présente les regrets des absents et, parmi eux, de MM. Abadie, L. Haskovec, Ch. Ladame, Raoul Leroy, Ern. de Massary, Henry Meige, Minkowski (de Zurich), Porot, Repond, Sizaret, Targowla.

M. René Charpentier rappelle que, près de Blois, s'est retirée Mme Paul Garnier et propose de lui adresser au nom du Congrès l'expression du souvenir fidèlement gardé à la mémoire de celui qui fut un des Maîtres les plus écoutés de l'Infirmerie spéciale de la Préfecture de Police. (Adopté).

Au nom du Dr Repond, Secrétaire Général de la 30e Session, que des obligations professionnelles empêchent d'assister à l'Assemblée, le Dr René Charpentier, donne lecture des comptes de la session 1926.

Il rappelle les splendides réceptions que nos amis Suisses réservèrent aux Congressistes, et fait observer que les comptes présentés ne font ressortir qu'une partie minime des dépenses engagées.

Comptes de la XXXe Session

Par le Dr Repond, *Secrétaire général*

Recettes en francs suisses

Cotisations des membres adhérents et associés et des établissements hospitaliers	1 871 60
Subventions de la Confédération, des Cantons et des Communes	4.900 »
Subventions de cliniques privées, établissements hospitaliers, médecins, etc.	5.745 »
Subventions des Sociétés Suisses de Psychiatrie et de Neurologie	1.500 »
Droit d'exposition des fabriques des Produits Chimiques : Wander, Sandoz et Ciba	1.500 »
	15.516 60

Dépenses en francs suisses

Frais de réception	11.100 50
Frais de transport des congressistes et frais d'organisation	2.466 40
Correspondance, impression et secrétariat	1.949 70
	15.516 60

Recettes en francs français

Cotisation des membres adhérents et associés et des établissements hospitaliers	4.378 80
Subside de l'Etat français	7.000 »
Prélèvement sur la Caisse de Réserve du Congrès	784 40
	12.163 20

Dépenses en francs français

Impression des rapports et comptes rendus (Coueslant)	12.163 20

M. René Charpentier propose d'approuver ces comptes et de voter au Dr Repond les félicitations du Congrès pour les résultats remarquables de sa gestion et la générosité de la réception qui fut faite à la 30e session. Il propose d'associer à ses remerciements, sa dévouée collaboratrice Mme Repond. (Adopté).

M. René Charpentier annonce à l'Assemblée que cette année comme l'année précédente M. le Ministre des Affaires Etrangères de la République Française a bien voulu accorder au Congrès une subvention de 7.000 francs donnant ainsi la marque de l'intérêt que le Gouvernement veut bien porter aux travaux du Congrès.

ORGANISATION DE LA 32e SESSION

Le Secrétaire permanent fait part au Congrès de l'invitation officielle du Gouvernement belge, en accord avec M. le Bourgmestre de la ville d'Anvers, de recevoir la 32e Session du Congrès à Anvers, en 1928.

Cette proposition est adoptée à l'unanimité par acclamations.

Il fait part également au Congrès de l'invitation transmise par M. le Prof. Obregia, Vice-Président du Sénat Roumain, de tenir une des prochaines sessions du Congrès à Bucarest. Il signale que le Comité permanent propose d'accepter cette proposition avec reconnaissance et d'étudier la possibilité de

tenir à Bucarest, en 1930, la 34e Session. Cette proposition est adoptée à l'unanimité.

Consulté sur le choix, pour la date des sessions ultérieures entre la dernière semaine de juillet, comme en 1927, ou la première semaine d'août, comme les années précédentes, l'assemblée se prononce pour la dernière semaine de juillet à l'unanimité des membres présents, moins une voix.

Sur la proposition du Comité permanent, sont désignés à l'unanimité, pour la 32e session, les rapports et rapporteurs suivants :

1° RAPPORT DE PSYCHIATRIE

« La catatonie. »

Rapporteur : M. le prof. DIVRY, de Liège.

2° RAPPORT DE NEUROLOGIE

« Les algies des membres supérieurs. »

Rapporteur : M. le Prof. Henri ROGER, de Marseille.

3° RAPPORT D'ASSISTANCE (Thérapeutique)

« La thérapeutique de la paralysie générale. »

Rapporteurs : MM. les Docteurs DUJARDIN, Agrégé de l'Université de Bruxelles, et TARGOWLA, ancien chef de clinique de la Faculté de Paris, médecin des asiles Publics.

L'Assemblée Générale décide d'élever de 16 à 28 pages le texte accordé aux rapporteurs, pour l'exposé de leurs rapports, et de 2 à 4 pages le nombre de pages accordé pour les communications. Lorsque ce nombre sera dépassé, les frais d'impression supplémentaires seront à la charge de l'auteur, étant entendu qu'en aucun cas et même aux frais de l'auteur, le Secrétaire Général ne devra accepter des textes doubles du nombre de pages accordé par l'Assemblée Générale et ci-dessus indiqués.

L'Assemblée Générale décide en outre que lorsque deux rapporteurs seront désignés pour traiter la même question,

ils seront priés de s'entendre pour la rédaction d'un seul rapport.

La désignation des rapporteurs ne deviendra définitive qu'après acceptation par eux du règlement.

BUREAU DE LA 32e SESSION

Présidence : Le Prof. Henri CLAUDE, de Paris, Vice-président de la 31e session, sera, de droit, Président de la 32e session.

Suivant l'usage, lorsque la session se tient hors de France, un Président est choisi dans le pays, siège du Congrès. A l'unanimité de 77 votants, le Prof. Aug. LEY, de Bruxelles, est désigné comme Président Belge de la 32e session.

A l'unanimité de 77 votants, le Docteur LALANNE, de Nancy, est désigné comme Vice-Président de la 32e session et sera Président de droit de la 33e session.

A l'unanimité des membres présents, le Docteur MEEUS, d'Anvers, est désigné comme Secrétaire Général de la 32e session.

ELECTION D'UN MEMBRE DU COMITÉ PERMANENT

En remplacement du Docteur Marcel BRIAND, le Docteur M. OLIVIER, Président de l'Association Amicale des Médecins des Asiles publics d'aliénés, est élu membre du Comité permanent, à l'unanimité des membres présents.

MISSION AU CONGRÈS DE MONTREAL
(21-24 Septembre 1926)

Le Docteur René CHARPENTIER rend compte de la mission que l'Assemblée Générale a bien voulu lui confier en le chargeant de représenter le Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française au IXe Congrès des médecins de langue française de l'Amérique du Nord, tenu à Montréal du 21 au 24 sept. 1926, sous la présidence du Professeur Le Sage (de Montréal) (1).

---

(1) Voir le Congrès de Montréal, par René Charpentier. *Annales médico-psychologiques*, décembre 1926.

Il rappelle le très grand succès de cette réunion et exprime l'émotion reconnaissante des médecins français si fraternellement reçus. Sur sa proposition, l'Assemblée Générale décide d'adresser au Professeur Le Sage, président, les cordiales félicitations et les remerciements de tous pour l'accueil fait à Montréal au délégué du Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française.

Le Secrétaire permanent rappelle aux Congressistes de bien vouloir lui envoyer dans l'année et au plus tard 15 jours avant l'ouverture de la prochaine session toutes propositions qu'ils jugeraient utiles concernant l'organisation et le siège des sessions ultérieures, en particulier l'indication des questions qu'ils proposent de mettre à l'ordre du jour des travaux du Congrès.

RÈGLEMENT

DU

CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES & NEUROLOGISTES

DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

But, siège et composition du Congrès

Un Congrès de médecins aliénistes et neurologistes se réunit chaque année dans une ville de France ou d'un pays de langue française.

Le but de ce Congrès est l'étude et la discussion de questions concernant la psychiatrie, la neurologie, la médecine légale et l'assistance aux malades atteints de troubles nerveux ou mentaux.

Dans les séances de ce Congrès, l'emploi de la langue française est obligatoire.

La durée des travaux est, au minimum, de quatre jours qui, autant que possible, sont consécutifs. Deux séances ont lieu chaque jour, une le matin, l'autre l'après-midi.

En outre, des visites sont faites aux asiles d'aliénés et aux établissements pouvant intéresser les psychiatres et les neurologistes. Des excursions peuvent être aussi organisées.

Le Congrès comporte des membres adhérents et des membres associés.

Les membres adhérents doivent être médecins français ou étrangers. Ils paient une cotisation de 50 fr. pour chaque session. Ils ont le droit de présenter des travaux et de prendre part aux discussions. Ils reçoivent un exemplaire des rapports et des comptes rendus de la session.

Les délégués des administrations publiques françaises jouissent des avantages réservés aux membres adhérents, mais ne paient pas de cotisation.

Les établissements destinés au traitement des troubles

nerveux ou mentaux peuvent adhérer au Congrès aux mêmes conditions que les membres adhérents et, dans ce cas, reçoivent un exemplaire des rapports et des comptes rendus de la session.

Les membres associés se composent des personnes de la famille des membres adhérents présentées par ces derniers Ils paient une cotisation de 30 fr. pour chaque session. Ils ne prennent pas part aux travaux du Congrès, mais peuvent bénéficier des avantages accordés pour les voyages ou excursions.

Chaque session comporte :

Un président, qui était le vice-président de la session précédente ;

Un vice-président, qui deviendra de droit président de la session suivante ;

Un secrétaire général (et un secrétaire général adjoint, si l'assemblée générale en décide ainsi).

Le président et le secrétaire général sont chargés de l'organisation de la session. Ils peuvent s'adjoindre un comité d'organisation local.

Les projets d'organisation d'une session doivent être soumis à l'approbation du Comité permanent du Congrès.

Le secrétaire permanent du Congrès et le secrétaire général de la session ont pleins pouvoirs pour toucher les subventions allouées au Congrès et pour donner quittance. (Décisions des Assemblées générales tenues au Puy le samedi 2 août 1913, et à Genève le mercredi 4 août 1926).

Comité permanent

Le fonctionnement des sessions successives du Congrès est assuré par un Comité permanent. (Décision de l'Assemblée générale, session de Lille, 1906).

Ce Comité permanent se compose de neuf membres, savoir :

Le président de la session ;

Le vice-président de la session (lequel est appelé de droit à la présidence du Congrès l'année suivante) ;

Six membres élus par l'Assemblée générale, renouvelables par tiers tous les deux ans, et non immédiatement rééligibles ;

Un secrétaire-trésorier permanent.

Le Comité permanent se réunit chaque fois qu'il est nécessaire, au moins deux fois par an.

Une réunion a lieu à Paris, au mois d'avril, dans laquelle le secrétaire permanent soumet au Comité permanent le projet du programme de la prochaine session, projet élaboré après entente avec le président et le secrétaire général de la prochaine session, assistés, s'il y a lieu, d'un Comité d'organisation local.

Ce projet, une fois approuvé par le Comité permanent, le président et le secrétaire général de la session procèdent à son organisation.

En cas de modifications à ce projet, le secrétaire général informe le secrétaire permanent qui provoque, s'il y a lieu, une réunion du Comité permanent.

Une seconde réunion du Comité permanent a lieu au début des travaux du Congrès.

Dans cette réunion, le Comité permanent, sous la présidence du président de la session actuelle, est assisté par :

Le vice-président et le secrétaire général de la session ;

Les présidents et secrétaires généraux des sessions antérieures.

Le secrétaire permanent, ayant recueilli pendant l'année les propositions qui lui sont faites concernant les sujets des rapports, le siège des sessions ultérieures, etc., en donne communication dans cette réunion, dont les membres choisissent parmi les différentes propositions celles qui seront soumises aux votes de l'Assemblée générale du Congrès.

Assemblée générale

L'Assemblée générale du Congrès se réunit pendant les travaux de la session.

Elle se compose de tous les membres adhérents et est présidée par le président de la session, assisté du secrétaire général de la session et des membres du Comité permanent.

Le secrétaire général de la session précédente soumet à l'approbation de l'Assemblée le compte rendu financier de sa gestion.

Le président soumet aux votes de l'Assemblée générale les propositions concernant :

1° Le siège de la prochaine session ;

2° Le vice-président de la prochaine session, lequel deviendra de droit président deux ans plus tard ;

3° Le secrétaire général de la prochaine session ;

4° Les questions qui feront l'objet de rapports à la prochaine session et les noms des rapporteurs proposés.

Tous les deux ans (années paires), l'Assemblée générale est appelée à élire deux membres du Comité permanent, en remplacement des deux membres les plus anciennement élus au Comité permanent.

Il est dressé un procès-verbal signé par le président et le secrétaire général de la session.

Ces élections du vice-président de la prochaine session et celles des membres du Comité permanent se font au scrutin secret, à la majorité absolue.

Ouverture du Congrès. — Séance solennelle d'ouverture. Constitution du Bureau

L'ouverture du Congrès a lieu le matin du premier jour de la session, par une séance solennelle d'inauguration, sous la présidence des autorités locales, préalablement invitées par le président de la session. Après les allocutions des personnalités officielles, le président du Congrès prononce un discours d'ouverture.

La première séance des travaux du Congrès se tient l'après-midi du premier jour.

La présidence et la vice-présidence des séances sont assurées par le président et le vice-président de la session actuelle.

Ces derniers, assistés du secrétaire général, constituent le bureau du Congrès. Ils désignent des présidents d'honneur choisis parmi les notabilités régionales, et, s'il y a lieu, des présidents de séances choisis parmi certains membres adhérents présents au Congrès. Les uns et les autres peuvent être en nombre indéterminé.

Le bureau ainsi constitué a la direction des travaux du Congrès.

Le président ou le vice-président peuvent se faire remplacer pendant les séances par les divers présidents d'honneur.

Le bureau fixe et modifie, s'il y a lieu, l'ordre du jour des séances qui peuvent être dédoublées ; il veille à l'application

du règlement et prend pendant la durée du Congrès telles décisions nécessitées par les circonstances.

Il est procédé aussi à la désignation de secrétaires des séances. Ceux-ci sous la direction du secrétaire général et du secrétaire permanent sont chargés de centraliser les documents nécessaires à la publication des comptes rendus des travaux de la session ; ils prennent note de la succession des orateurs, rédigent un résumé des communications ou discussions, recueillent et ordonnent les manuscrits, secondent le secrétaire général dans ses différentes fonctions pendant la durée du Congrès.

Rapports

Chaque année, le Congrès désigne trois questions devant faire l'objet de rapports à la session suivante :

1° Une question de psychiatrie ;

2° Une question de neurologie ;

3° Une question de médecine légale ou d'assistance neuro-psychiatrique, alternativement.

Pour chaque question, le Congrès désigne un rapporteur.

Exceptionnellement, il peut être désigné deux rapporteurs pour la même question.

La désignation des rapporteurs n'est définitive qu'après acceptation par eux du règlement.

Les manuscrits dactylographiés des rapports doivent être remis au secrétaire général, deux mois et demi au moins avant l'ouverture du Congrès.

Les *rapports* consistent en un simple programme de discussion, avec conclusions, dont la longueur ne doit pas dépasser *vingt-huit pages* d'impression, condition absolue. Les figures ou planches sont à la charge des auteurs, sauf autorisation préalable du secrétaire général, d'accord avec le secrétaire permanent.

Chaque rapporteur fait un résumé oral de son rapport à la séance fixée par le programme du Congrès.

La durée de ce résumé oral ne doit pas dépasser vingt minutes.

Le résumé oral de chaque rapporteur est suivi d'une discussion.

Les membres du Congrès qui doivent prendre part à cette discussion doivent s'inscrire à l'avance au bureau du Congrès.

La parole leur est donnée d'après l'ordre des inscriptions.

La durée de la discussion, pour chaque auteur qui y prend part, ne doit pas excéder cinq minutes. Toutefois, il pourra être accordé dix minutes pour la discussion aux auteurs inscrits avant l'ouverture de la session.

Chaque membre du Congrès qui prend part à la *discussion* doit remettre au secrétaire général, avant la fin de la session, le texte résumé destiné à figurer dans le volume des comptes rendus. Ce texte ne doit pas dépasser *une page* d'impression.

Lorsque la discussion est terminée, le rapporteur, s'il le désire, répond successivement à chacun des orateurs.

Communications et discussions

Les membres adhérents du Congrès peuvent faire des *communications orales* sur des sujets concernant la psychiatrie, la neurologie, la médecine légale ou l'assistance neuro-psychiatrique. Le nombre de ces communications est limité à trois pour chaque membre adhérent, la troisième ne pouvant être faite que lorsque la liste des autres communications sera épuisée.

La durée de l'exposé de chaque communication ne doit pas dépasser dix minutes. Il n'est accordé que cinq minutes pour les discussions.

Les titres des communications doivent être adressés au secrétaire général quinze jours au moins avant l'ouverture du Congrès.

Les communications sont faites dans l'ordre où leurs titres ont été adressés au secrétaire général. Toutefois, dans l'intérêt de la discussion, le secrétaire général peut grouper dans une même séance les communications relatives à des sujets similaires.

La liste des communications qui doivent être faites dans une séance peut être imprimée à l'avance et distribuée aux congressistes au début de cette séance. C'est seulement quand cette liste est épuisée, et si le temps le permet, que la parole peut être donnée à d'autres orateurs pour des communications non inscrites au programme de la séance.

Lorsque les communications doivent être accompagnées de présentations, de pièces, de coupes, d'appareils, etc., ou de projections, l'auteur doit en informer à l'avance le secrétaire

général qui prend, s'il est possible, des dispositions en conséquence.

Des résumés des communications doivent être adressés au secrétaire général au plus tard quinze jours avant l'ouverture du Congrès. S'il est possible, ces résumés sont imprimés sur feuillets détachés et distribués aux membres du Congrès dans la séance où ont lieu les communications. Ces résumés ne doivent pas dépasser une page d'impression, titre compris (format du volume des comptes rendus du Congrès), tirage établi d'après le nombre des membres adhérents.

Les résumés des communications qui n'ont pas été adressés à l'avance au secrétaire général (15 jours au moins avant l'ouverture du Congrès) doivent lui être remis avant la fin de la séance où ont lieu ces communications.

Le texte *in extenso* des communications doit être adressé par les auteurs au secrétaire général au plus tard un mois après la session. Passé ce délai, les auteurs s'exposent à ce qu'il ne soit publié dans le volume des comptes rendus qu'un résumé de leurs communications.

Les *communications in extenso* ne doivent pas dépasser *quatre* pages d'impression. Il n'est accordé qu'une page pour les discussions.

Les figures ou planches sont aux frais des auteurs.

Les communications dont ni un résumé, ni un texte *in extenso* n'auront été remis par l'auteur au secrétaire général à la date prescrite ne seront pas publiées dans le volume des comptes rendus. Toutefois, dans ce cas, le secrétaire général peut, s'il le juge utile, publier dans le volume des comptes rendus un résumé recueilli par lui-même ou par les secrétaires des séances.

Les dispositions précédentes sont également applicables aux discussions soulevées par les rapports ou les communications diverses.

Dans la publication des travaux du Congrès, le secrétaire général peut être appelé à demander aux auteurs certaines modifications ou suppressions dans le texte de leurs communications ou discussions. Seules, les communications faites oralement par leurs auteurs peuvent figurer dans le volume des comptes rendus de la session.

En cas de difficulté, le secrétaire général avise le secrétaire permanent qui provoque, s'il y a lieu, une décision du Comité permanent.

Lorsque le nombre de pages accordé par le règlement pour les rapports, communications ou discussions sera dépassé, les frais d'impression supplémentaires seront à la charge des auteurs, étant entendu qu'en aucun cas (et même aux frais de l'auteur) le secrétaire général ne devra accepter des textes ayant le double du nombre de pages accordé par le présent règlement. (Décision de l'Assemblée Générale tenue à Blois le 27 juillet 1927.)

RÉCEPTIONS ET EXCURSIONS



Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des Pays de langue française (1927)

RÉCEPTIONS ET EXCURSIONS

A l'issue de la séance de l'après-midi du lundi 24 juillet, la Municipalité de Blois offrit aux congressistes une réception dans la grande salle des Etats Généraux du Château de Blois. De grandes tables avaient été dressées pour la circonstance chargées de gâteaux et de mousseux généreux de la région. De nombreux congressistes se pressaient dans l'immense salle où d'autres invités, représentant les divers milieux officiels de la société blésoise, figuraient aussi. Chacun put apprécier le rare mérite de la pâtisserie locale et la saveur inégalable de ces vins du terroir champagnisés.

Le Dr Olivier, maire de la Ville et secrétaire général du Congrès, prononce une brève allocution pour remercier les congressistes de leur empressement, de leur entrain et de leurs bonnes dispositions. Il leur exprime avec émotion la reconnaissance de la Cité pour la marque de considération qu'ils lui avaient accordée en la désignant comme siège du Congrès. Il termine en adressant ses meilleurs vœux pour le succès du Congrès.

Au nom des congressistes, le professeur Raviart, président du Congrès, avec sa bonne humeur coutumière, couvre de fleurs le secrétaire général-maire et la Ville de Blois pour leur si cordial accueil.

Le soir même, à 20 h. 1/2, dans le coquet petit théâtre enclavé place Louis-XII entre deux vieilles rues moyenâgeuses, un grand nombre de congressistes se trouvaient réunis pour entendre la magistrale et documentée conférence du Dr Lesueur, conservateur du Château et des Musées. La science archéologique de notre confrère distingué lui vaut une place éminente dans les milieux compétents. Ce thème de Blois et des châteaux de la Loire qui fit l'objet de la causerie est certes familier au Dr Lesueur, mais il eut l'habileté de le rendre singulièrement vivant et nuancé pour ses auditeurs. Grâce à lui, ils recevaient ainsi dès le premier jour, la meilleure des préparations propres à leur faire goûter tous les charmes artistiques de ce langoureux pays. Le Dr Lesueur avait appuyé son exposé de projections tout à fait appropriées à son sujet. Il

fut suivi avec une attention et une patience qui font honneur aussi bien à la curiosité des congressistes qu'à l'inlassable bonne volonté du conférencier.

Le lendemain mardi, 26 juillet, les séances du Congrès se déroulèrent selon les prévisions du programme. Mardi, à 10 heures du matin, les dames congressistes visitèrent la fameuse chocolaterie Poulain, sous la conduite des directeurs de cette grande usine qui possède les perfectionnements techniques les plus récents et qui a conquis dans le monde une grande réputation. Ce fut une leçon de chose du plus haut intérêt. Des terrasses de la Chocolaterie, sous un soleil ardent, on put jouir sur le val de Loire et sur ses environs d'un magnifique panorama. L'après-midi, à 15 heures, les dames congressistes avaient été conviées au Musée Paul-Renouard, qui est établi dans l'ancien palais épiscopal du XVIIIe siècle accolé contre l'abside de la cathédrale avec laquelle il forme un promontoire dominant la Ville basse. Le Dr Lesueur fit connaître les intéressantes peintures dont il est doté et souligna l'œuvre du grand artiste blésois, Paul Renouard. A 16 heures, après avoir parcouru à la hâte quelques vieilles rues et après un arrêt rue St-Honoré, à l'Hôtel d'Alluye, le groupe des dames se rendit au Château. Là, tous les congressistes se réunirent dans la grande cour intérieure et furent répartis en plusieurs groupes afin de procéder utilement et en bon ordre à la visite générale du Château. Le Dr Lesueur, M. Alfred Yvonneau, premier adjoint au Maire, artiste-peintre, M. Cognard, secrétaire du Syndicat d'Initiative, etc., se chargèrent de diriger la visite. Cette promenade à travers tant de richesses et tant d'évocations historiques laissa une impression d'autant plus profonde que les mentors surent la rendre attrayante par leurs récits.

Grâce à un concours fort heureux de circonstances, une exposition du livre ancien avait été organisée dans la Salle Gaston-d'Orléans par les soins du Dr Lesueur, qui en fit ressortir l'intérêt aux congressistes, d'ailleurs ces derniers qui traversaient à tout instant cette salle pour se rendre dans la salle du Congrès, purent à loisir bénéficier du plaisir délicat du bibliophile. Pour terminer cette longue séance, le Dr Lesueur, infatigable, conduisit encore la troupe des congressistes dans les vieilles rues situées sous le Château et où abondent les souvenirs du XIVe siècle.

La journée avait été rayonnante, mais malgré cette dispo-

sition propice du temps, les organisateurs vivaient dans la crainte anxieuse que la soirée ne fut compromise par un soudain changement du temps. Fort heureusement, le banquet offert par la Maison de Santé départementale sur la terrasse de l'ancien évêché, se trouva favorisé par une soirée inoubliable de calme, de douceur et de sérénité, sous un ciel scintillant d'étoiles : spectacle magnifique qui a laissé une impression profonde dans le souvenir de tous et dont notre collègue Courbon a donné ailleurs la description la plus vivante. Le banquet se déroula dans un véritable enchantement ; la prise de contact s'établit rapide entre les convives, la gaieté ne tarda pas à se manifester et les rires à fuser. Il est vrai que le maître hôtelier Riché, patron de l'hostellerie du Tourne-Bride, dont la réputation culinaire est connue au loin, avait placé le banquet sous le patronage de Rabelais ! La délicatesse des mets et la finesse des vins du terroir surent exercer sur l'âme des congressistes une vertu communicative. Durant le cours du repas, l'Harmonie Municipale, admirablement conduite par son chef, M. Moreau, se distingua de façon supérieure et recueillit les applaudissements les plus fervents de l'auditoire. Il est vrai que le répertoire avait été choisi avec beaucoup de soin et de goût. Nous le rappelons au passage.

1. *Egmont* (Ouverture) .... BEETHOVEN.
2. *La Vivandière* (Fantaisie) .... GODART.
3. *Allegro de la Symphonie Inachevée*....... SCHUBERT.
4. *Lakmé* (Fantaisie) .... Léo DELIBES.

Au dessert, plusieurs allocutions furent prononcées. M. Martin, Préfet du Loir-et-Cher, salua les congressistes avec chaleur et à-propos. Il leur fit part des efforts progressifs réalisés par la Maison de Santé pour se moderniser, félicita notre collègue, le Dr Olivier, de son action persévérante et efficace, et enfin adressa tous ses compliments et tous ses vœux aux congressistes.

Après lui, le Dr Legros, député, conseiller général de Loir-et-Cher qui représentait au banquet le Conseil Général de Loir-et-Cher, s'exprima en ces termes :

MESSIEURS,

C'est un grand honneur qui m'est fait de vous saluer au nom des représentants du Loir-et-Cher et au nom de notre assem-

blée départementale, sur cette terrasse merveilleuse qui n'est pas seulement une des gloires de Blois, mais aussi un des points de vue les plus magnifiques que vous puissiez admirer dans le monde.

Et c'est un grand honneur pour la Ville de Blois de recevoir aujourd'hui votre XXXIe Congrès, mais c'est un honneur qu'elle a amplement mérité par son constant souci, par sa persévérante volonté d'améliorer sans cesse les conditions de sa Maison départementale de Santé, grâce aux éminents praticiens qui s'y sont succédé, en particulier pendant ces quarante dernières années, depuis le Dr Doutrebente qui en fut un des principaux animateurs jusqu'au Dr Olivier qui nous reçoit aujourd'hui si somptueusement.

C'est pourquoi le Conseil Général ne lui a jamais marchandé ses subventions et son aide.

Je salue votre Président, M. le professeur Raviart, et j'ai plaisir à saluer à côté de lui, votre Vice-Président, le professeur Claude, médecin de cette illustre Maison de St-Anne,où pratiqua durant de longues années mon éminent compatriote de Montrichard, le Dr Bouchereau, où son souvenir, je pense, est loin d'être encore oublié.

Je lève mon verre en l'honneur du Dr Olivier, directeur de notre grand établissement départemental qu'il dirige avec tant de compétence, tant d'intelligence et de cœur.

Et je veux boire aussi à l'avenir de cette belle science de la neurologie qui, dans notre époque de plus en plus agitée et de plus en plus trépidante, est une des branches de la médecine appelées à rendre de plus en plus de services à l'Humanité dans sa marche ininterrompue, mais combien âpre et dure et semée d'infinies souffrances, à travers les rudes sentiers du progrès.

A son tour, le Dr Olivier, secrétaire général du Congrès, prit la parole au nom de la Maison de Santé départementale :

Multiples et divers, et cependant Protée toujours saisissable, après vous être apparu successivement et conjointement, comme Secrétaire général du Congrès et comme Maire de Blois, souffrez que ce soir, je me transmue en Directeur de la Maison de Santé Départementale et qu'à ce titre, je vous reçoive ici avec la complicité, il est vrai du Maire de Blois qui a bien voulu mettre à ma disposition ce cadre incomparable,

rival de celui de St-Germain. Vous avez là, sous vos yeux, une vision délicieuse, féerique, un proche horizon aux lignes souples, doucement ondulées, qui inclinent l'âme à la rêverie, à l'attendrissement, à la bienfaisante indulgence et à la compréhension intuitive des choses, un fleuve majestueux et lent qui imprègne ses riverains de sa sagesse grave, de sa modération, de ses vertus tranquilles, des forêts verdoyantes aux hautes futaies imposantes et silencieuses. Mesdames, Messieurs, ce spectacle n'est pas seulement générateur de paix et de sérénité, il sourit délicatement, finement, intelligemment, il égaie notre cœur et notre corps, il porte en lui des ressources d'optimisme psychothérapique.

Sous les auspices du Maître Rabelais, il nous rend aptes à apprécier toutes les joies avouables de la table et je me permets de constater que notre Ragueneau local se montre digne des mérites qu'eût exigé le père de Pantagruel.

Réunis ce soir, sous l'égide de la Maison de Santé Départementale où, depuis 26 ans, j'ai parcouru tous les échelons de la carrière, vous m'excuserez, si j'évoque en cette circonstance, le souvenir de mes deux maîtres, le Dr Doutrebente, à qui, hier, je rendais un hommage ému, et à mon ami le Dr Marchand, ici présent, à qui il me plaît d'adresser mes sentiments de reconnaissance fidèle.

Mais j'ai le devoir aussi de remercier la Commission de surveillance de l'établissement, du concours précieux qu'elle m'a toujours accordé avec tant de bonne volonté compréhensive.

J'adresse enfin à M. le Préfet et au Conseil Général de Loir-et-Cher, toute ma gratitude pour la sollicitude éclairée et pour la confiance bienveillante dont ils n'ont cessé de faire preuve à mon égard.

Aussi, grâce à tous ces appuis, je suis persuadé que dans un avenir prochain, nous parviendrons à transformer en un établissement médical tout à fait moderne, notre Maison de Santé Départementale qui a 80 ans d'existence, qui fut à l'origine un modèle du genre, et dont le Pensionnat de la Villa Lunier et l'Hospice Dessaignes, consacré aux arriérés et aux épileptiques, constituent déjà des services médicalement bien aménagés.

Heureux de réunir, ce soir, dans ce site merveilleux, la grande famille neuro-psychiatrique, il m'est agréable d'adresser à tous mes compliments de bienvenue et mes vœux les plus ardents de bon séjour au milieu de nous.

Enfin, pour clôturer, le professeur Raviart, président du Congrès, nous donna connaissance, avec un art consommé de diseur, de ce morceau poétique dû à sa collaboration avec notre jeune collègue Nayrac, morceau aussi savoureux dans la forme que plein de finesse dans la pensée. L'auditoire bientôt gagné par le rire de bon aloi fit à ce poème le succès mérité.

MESDAMES, MESSIEURS,

Je vous sens tant de gratitude pour les organisateurs de ce Congrès et je leur suis moi-même si reconnaissant de ce qu'ils ont fait pour nous que jamais je n'eus pu me faire l'interprète de ces sentiments si ne s'était élevée une voix du passé, dont avec mon élève Nayrac à la plume fleurie, nous avons recueilli les échos que voici :

RAVIART, louable certes fut ton appetit ;
mais tu parais, ce soir, te languir un petit
(par excessive ardeur plutôt que par eau claire).
Langue rude du Nord, non plus ne saurait plaire
et congrûment louer les dames et le vin.
Moi, Pierre DE RONSARD, poète et angevin,
te veux prêter, compaing à la barbe diaprée,
mon verbe, lourd pourtant d'années, cette vesprée.

Maîtres mires, ici vous salue gentement.
En mes vers, pour vrai dire, si maudit malement
certain savant docteur de votre confrérie
pour ce qu'il tâtonnait tous côtés de ma mie,
ce qu'il nommait thorax particulièrement.
Certes, pareil propos regrette, maintenant :
les années en ce jour ont bien tollu mon ire,
et gentement ici vous salue, maîtres mires.

Parmi vous voletant s'instruisit mon esprit :
à l'étude des fols, à ce que j'ai compris,
vos soins sont consacrés — et puis aux nerfs malades.
Un fol j'ai bien connu, que les sages d'Hellade
point n'eussent surpassé en gais et bons propos
car blaisois il était, et riait sans repos
pour son nom : Triboulet, fol en la cour de France.

D'aussi doctes déments avez-vous connaissance ?
Je ne le cuide point, car fols parisiens,
bordelais, lyonnais, lillois, belgiciens,

ibériques, bretons, italiens ou helvêtes
n'ont que cogitation mélancolique en tête.
Les seuls bords de ma louère enseignent aux humains
comme il convient, joyeux, délirer verre en mains
parmi dames de bien et gentes demoiselles,
femme et vin bénissant de louange éternelle.

En ces dispositions, jugez que vos discours,
austères m'ont paru, inutiles et lourds.
« Que des lois les rigueurs sur buveurs de vin fierrent »
dit votre président (à lui-même sévère !)
l'Automatisme ? Eh quoi, savons jà dès longtemps
que « machinalement et sans savoir comment »
(dans ta bouche c'est dit), les choses s'accomplissent.
La dame Triboulet, son fol jugeant délices,
onques n'eut toléré se divorcer de lui.
J'aperçois, en l'écrit sur quel ce jour à lui,
des estampes où sont tumeurs des ventricules
très horrifiquement pour traites ; je recule,
point n'aimant contempler viscères égrotants.

Bien mieux, je vous préfère ici tout banquetant,
parmi chansons, bons vins, gais propos, dames prudes,
m'ont semblé vos travaux d'aspect sévère et rude,
mais vois avec bonheur que riez quand il faut,
du travail au plaisir arrondissant le saut.
Louons donc, s'il vous plait, de ce lieu proculaire
Les hôtes généreux, de Blois les consulaires.

A donc, il sied ici grandement mercier
messire le Préfet, comme il se doit premier,
Seigneur de ce pays de par la République.
Saluer faut aussi, dans ce jour magnifique,
le très sage conseil qu'on nomme général.
Et toi, bel Olivier, dont le nom végétal
la très sage Pallas fort congrûment recorde :
le laurier triomphal sur tes tempes se torde,
toi qui sais diriger de ton bras bienfaisant
le vaisseau balloté des elléborisants !
Pour la terre joncher aux pieds de ta compagne,
de roses je voudrais dévaster les campagnes,
par ses soins attentifs, elle aida ton labeur.
Vers votre couple, amis, se tournent tous les cœurs
car tous deux présentez à la docte assemblée
le sourire charmant de la cité comblée.
Après tels inviteurs, louons les invités,

car bien bu, bien mangé ils ont, en vérité ;
Mais leur esprit surtout, par la salle pétille.
De noms très honorés cette table scintille,
que point tous ne pouvons brièvement louanger.
Or, citer il se doit de nobles étrangers,
fidèles zélateurs de la langue française
que cet été chez nous de revoir je suis aise.

Vervaeck, grand criminel car tu vis en prison,
Toi, Ley, que fort je plains, en la chaude saison,
de n'avoir pour ta soif étancher, qu'une eau pure
au bain seul destinée par la Mère Nature
et que boir on ne peut sans mal ni sans émoi.
Et toi, Repond, qui, vif en de savants tournois
contre tous chevaliers défends Schizophrénie ;
à ces propos obscurs préfèreront l'harmonie
par quoi dans Malèvos tu charmas et vainquis,
vins et raclette offrant en un total exquis.
Glorieux, dont le nom trace la destinée
Wimmer, Wiking, courtois à la grâce affinée
qu'un vent propice amène parmi nous souvent.
Van der Scheer, vannier maître et psychiatre savant.
De Craene, possèdant double boîte crânienne,
tu possèdes esprit double de la moyenne.
Long, bref de taille assez pour dire vérité,
voies longues sus montrer de sensibilité.
Et Boven, de Lausanne, à Genève peu tendre,
ironique un petit, et charmant à entendre.
Sobral Cid, portugais au nom conquistador.
Obregia, qui mis dans ta méthode l'or
dont mieux il eut valu d'emplir nos escarcelles.
Et toi, Donaggio, méthode trouvas telle
que par elle aperçue très jeunes lésions
Ces mires honorés, perles des nations,
en notre vieux terroir de réunir fiers sommes.

Or, les mires françois sont aussi dignes hommes.
Ne les saurais nommer sans oublis imprudents
et n'en veux retenir qu'anciens présidents
de cette compagnie depuis la grande guerre :
à ces doctes santés il sied vider nos verres
emplis de ce bon vin qui réjouit le corps.
Toi, Lépine, doyen disert, qu'on cite encor
pour belle leçon sur « Constipation chronique »
qu'en l'agrégation tu traitas mirifique.

Colin, malgré ton nom champêtre et délicat,
au plus profond des cœurs criminels, disséquas.
Seigneur de Massary, de haute et noble souche,
ton tableau du tabès est encor sans retouches.
Et puis, Anglade, toi, qui règnes tel un Dieu
sur peuple arachnéen d'un bleu victorieux :
du lobe préfrontal tu connais tous mystères.
Et Semelaigne, toi, sur l'helvétique terre,
— Tâche lourde — tu sus, d'un charme personnel
doubler l'antique honneur du grand nom de Pinel.
Du Ministre qui veille au sort des aliénistes
conseiller écouté, ô Dequidt, hygiéniste
aux nobles visions d'hôpitaux à venir,
ce semble que tu viens bière du Nord trahir.
Charpentier, autrefois du firmament menace,
par le double crochet de moustache vivace !
point ne se faut fier au feu dévorateur :
l'un de tes deux crochets y perdit sa grandeur.
Maintenant, tel un clerc, tu montres face imberbe.
Mais te reconnaissons à ton zèle superbe,
Charpentier vigoureux qui sus nous charpenter
du Congrès le vaisseau, bien quillé, bien mâté,
et toujours navigant sans souci des tempêtes.

Mais, à te remplacer, Raviart, ma vieille tête
se fatigue en efforts, je cui de superflus.
La gloire des plus grands ne m'éblouis jà plus.
Il n'est de glorieux que bon vin de Touraine,
conseiller du génie, guérisseur de la peine,
à qui tous nous devons le peu que nous valons.
Raviart, lève ton verre, et verse à l'abandon
du vin, pour èjouir toute la compagnie.
Cueillez dès aujourd'hui les roses de la vie.
Buvez, si m'en croyez, n'attendez à demain,
Dès longtemps, je l'ai dit. Amis, verres en main !

Les congressistes, ravis d'aise, s'empressèrent alors d'envahir, à proximité de la Terrasse, les salles du Musée Paul-Renouard (ancien évêché) où un bal avait été préparé pour l'agrément de la jeunesse et celui des adultes.

Durant plus de 2 heures — dans cette sévère et grave maison épiscopale — troublée dans son silence séculaire, les couples virevoltèrent et ne cédèrent la place qu'à regret pour goûter un repos bien gagné.

Le mercredi après-midi, à 13 h. 1/2, les cars automobiles mis à la disposition des congressistes par l'Agence Exprinter et par la Maison Girault-Belin de Blois, emportaient à vive allure les congressistes joyeux, à Cheverny. Ils arrivaient en une demi-heure à destination, après avoir traversé l'importante et sombre forêt de Russy. Le château de Cheverny, est depuis des siècles la propriété de la famille Hurault de Vibraye; il donne une impression de grâce accueillante dans sa blancheur éclatante, qui tranche sur la masse verdoyante des arbres du parc.

Rapidement, les congressistes sont répartis en plusieurs groupes et la visite commence méthodiquement. Séduits d'abord par l'architecture extérieure de ce château XVIIe, les congressistes sont bientôt conquis par l'ameublement et les décorations intérieures. On ne visite que quelques salles du rez-de-chaussée et du 1er étage ; une partie importante du château étant habitée. Les congressistes ne peuvent prolonger à leur gré leur contemplation et leur curiosité. C'est l'heure du départ pour Chambord. Nous nous trouvons, d'ores et déjà, en Sologne ; les marécages d'antan ont partout disparu pour faire place à une jolie culture très active et très prospère ; mais les bois et forêts toujours giboyeux en cette région constituent pour les chasseurs un rendez-vous de prédilection.

De Cheverny à Chambord, l'étape est franchie en une demi-heure. Les congressistes en descendant de voiture, sont d'emblée frappés par cette masse imposante de pierres d'autant plus impressionnante qu'elle siège isolée, au centre même d'un immense parc boisé de 5.000 hectares. Nous ne décrirons pas ici le château de Chambord dont l'architecture et l'histoire sont universellement connus. Nous tenons seulement à rappeler combien les congressistes furent unanimes à manifester leur intérêt et leur satisfaction. La visite s'exécute, comme d'usage, par groupes, sous la conduite d'un personnel tout à fait entraîné et qualifié. Des milliers de touristes circulent dans ce château pendant la bonne saison. On sait que propriété des Bourbon-Parme, ce château fait l'objet actuellement d'un procès entre les héritiers et l'Etat. Jusqu'à nouvel ordre, il est sous séquestre.

Le temps malheureusement s'était gâté et, à plusieurs reprises au cours de l'après-midi, les congressistes avaient été gratifiés de malencontreuses ondées. Cependant, à l'heure du retour, les nuées se dissipent peu à peu et la rentrée à Blois

s'effectue par la rive gauche de la Loire sous un ciel devenu calme et langoureux ; il est déjà plus de 18 h. 30 quand nous arrivons à Blois et que nous franchissons l'unique vieux pont Gabriel en dos d'âne dont la silhouette est si originale.

A 20 heures, le banquet organisé par les soins de la Ville dans la magnifique Salle des Etats Généraux au château de Blois, réunissait tous les congressistes et de nombreux invités. Plus de 300 convives étaient présents. L'escalier d'accès et les tables avaient été merveilleusement fleuris ; cette décoration naturelle, ordonnée avec tant de grâce, révélait bien que nous nous trouvions dans le jardin de la France.

Une grande table d'honneur avait été dressée, au fond de la salle, dans le sens de la longueur. Perpendiculairement à elle, on avait aménagé par intervalles les autres tables. Une installation électrique de circonstance projetait sur cette assemblée une illumination féerique. Les toilettes féminines ajoutaient à ce décor une note d'élégance.

Comme la veille, sur la terrasse de l'évêché, le repas succulent se poursuivit dans un bourdonnement de gais propos, à peine un instant interrompus par une panne électrique. Mais l'heure inévitable des toasts arrive et c'est alors un déluge d'hommages et de compliments. Malheureusement, l'acoustique de cette salle, pourtant si brillante, est déplorable, et les auditeurs doivent se résigner à ne recueillir, de-ci, de-là, que quelques paroles à la volée. Les délégués étrangers et les personnalités officielles françaises firent entendre un concert de louanges en l'honneur de Blois, de la France et des nations amies représentées au Congrès. Le Préfet, empêché, avait chargé M. Verlhomme, Sous-Préfet, de le remplacer. Ce dernier prononça une allocution imprégnée de cordialité aimable. Nous ne pouvons songer à reproduire le texte de ces discours, qui tous remuèrent la sensibilité des auditeurs ; mais ce n'est pas manquer aux règles d'une sage équité, que de rappeler combien, parmi d'autres, les professeurs Donaggio, Obregia, le docteur Boven, le professeur Raviart, etc., eurent plus particulièrement la bonne fortune de dire des choses touchantes ; serait-ce faire preuve d'indiscrétion que de souligner aussi l'hommage général de reconnaissance si justement rendu au Secrétaire général du Comité permanent, à notre ami, le Dr René Charpentier, l'âme de nos Congrès, qui joint à tant de courtoisie charmante le sens aigu d'une organisation prévoyante.

Le succès du banquet avait dépassé toute espérance, mais la

soirée n'était pas terminée. En effet, une séance de musique ancienne avait été préparée dans la salle des expositions (Gaston d'Orléans). Les congressistes se hâtèrent de s'y rendre en traversant la cour du château. De nombreux invités s'y trouvaient déjà. Il était 22 h. 30. Le D[r] Rollet, musicien blésois singulièrement averti, avait pris la charge d'organiser cette soirée artistique. Le choix du programme fut d'un goût exquis. Plusieurs personnalités prêtaient leur concours : Mlle Sirbain, de l'Opéra-Comique, Mlle Mors, M. Puistienne, pianiste, M. Marcel Moreau, chef de l'Harmonie Municipale, violon, M. le D[r] Rollet, violoncelliste. L'exécution, toute de perfection nuancée, suscite parmi les auditeurs les plus vives marques d'approbation. Nous devons au D[r] Rollet, pour ces évocations inoubliables, une reconnaissance infinie. Mais les jeunes gens et les jeunes filles du Congrès, ainsi que les jeunes Blésois invités à nos fêtes, en dépit d'une journée déjà bien remplie, gardaient encore des forces disponibles ; après la séance musicale, le bal ne tarda pas à battre son plein et se poursuivit ainsi jusqu'à 3 heures du matin avec beaucoup d'entrain.

Dans un Congrès comme celui-là, tenu en un milieu riche d'intérêt historique et de curiosités de toutes sortes, il était malaisé de ménager tout le temps utile au travail et tout le temps nécessaire aux distractions. Il faut reconnaître que la bonne volonté des congressistes permit de triompher de cette difficulté.

Le lendemain, jeudi 28 juillet, à 13 heures, les congressistes, exacts au rendez-vous, partaient en auto-cars pour faire la randonnée de Chaumont et de Chenonceaux. La première partie du trajet, de Blois à Chaumont, s'effectua selon les prévisions, promenade charmante sur les bords de la Loire qui, à ce moment-là, contrairement aux habitudes de cette saison, emplissait majestueusement tout son lit. On se souvient du château de Chaumont (propriété actuelle de la famille de Broglie). Il se dresse massif, style mêlé de XV[e] et XVI[e], sur un petit plateau qui s'avance presque au-dessus de la Loire. Il rappelle par ses dispositions, ses tours latérales, son pont-levis, ses fossés périphériques, le type du château moyenâgeux. On accède au parc du château par une rampe assez raide ; les congressistes, alertes, sont bientôt au pont-levis, et la visite par groupes ne tarde pas à commencer. Une aile seule du château est consacrée à la visite ; on y retrouve, avec le style de la Renaissance, les habituels souvenirs de l'époque : tapisseries,

meubles, chambre de Catherine de Médicis, et Ruggieri, et Diane de Poitiers, etc. Dans la cour intérieure, on montre le puits classique en fer forgé propice aux échos les plus souples et les plus sonores. Après un coup d'œil rapide sur les anciennes écuries, les congressistes remontent bien vite en auto pour gagner Chenonceaux, distant de 15 km. environ. Les voyageurs, toujours intrépides, débarquent vers 15 h. 30 devant les grilles du château de Chenonceaux. Ils s'engagent tout de suite dans l'allée ombreuse et aboutissent bientôt au petit pont qui précède le château. Le château de Chenonceaux ne présente de prime abord à l'œil du visiteur non informé qu'une façade, certes admirablement ornée de motifs de la première Renaissance, mais de proportions discrètes. Il faut faire une incursion dans les jardins pour en discerner l'originalité inattendue. En effet, assis sur ses arches audacieuses, le château projette au travers du Cher une longue galerie ajourée mais vitrée qui ne franchit pas entièrement la rivière ; c'est une disposition unique en son genre, extrêmement séduisante. Les congressistes se succèdent dans les diverses salles où on leur fait apprécier le mérite de l'ameublement, des peintures, des tapisseries. Les souvenirs d'Henri II, de Diane de Poitiers, de Catherine de Médicis surabondent. Il convient de remarquer l'originalité de la voûte du couloir d'accès du château, aux lignes brisées.

Mais les congressistes ne peuvent deviser à leur gré. Le temps presse, il est l'heure de se rendre à Montrichard. M. Monmousseau, le propriétaire des fameuses caves où se fabrique le mousseux de ce nom, nous a invité à une réception. Il y a 8 kilomètres rapidement franchis de Chenonceaux à Montrichard. En cours de route, nous longeons le Cher et les précieux vignobles de ses côteaux, nous admirons au passage la silhouette du château de Chissay. Les caves dont il est question ont une longueur de 14 km. Elles sont percées dans le rocher à flanc de côteau. M. Monmousseau, entouré du maire de Montrichard, du Dr Legros, député, et de son personnel, nous accueille de façon charmante. Le Dr Legros et le Président Raviart échangent des paroles aimables ; et la visite s'effectue. M. Monmoussau et ses collaborateurs exposent pendant cette promenade souterraine le mécanisme de leur délicate et patiente fabrication. A la sortie du souterrain, les bouchons sautent à qui mieux mieux et les coupes s'emplissent généreusement du mousseux pétillant que les congressistes absorbent peu à peu avec un évident plaisir. Mais il faut quitter cette maison très attachante. Le retour à Blois par Pontlevoy s'opère

dans les conditions fixées, mais les congressistes ne sentent pas la fatigue, ils conservent le sourire. Néanmoins, les organisateurs ont pensé qu'il convenait de leur accorder une soirée de repos.

Vendredi après-midi, les dames congressistes sont conduites par cars automobiles à 15 heures, à 8 km. de Blois, au fameux château de Menars, dit château de la Pompadour. Habituellement, les touristes et les visiteurs n'ont pas accès dans le château. Ils sont simplement autorisés à visiter le superbe jardin à la française qui surplombe la Loire et où s'élève le délicieux petit temple de l'amour, tandis que fait face sur l'autre rive, la forêt de Boulogne. On admire dans les dépendances de la propriété, les magnifiques allées de tilleuls séculaires.

Par une grâce spéciale, le propriétaire du château, M. Allard, veut bien cette fois, faire l'honneur aux dames congressistes de quelques salles du rez-de-chaussée.

A 17 heures, tous les congressistes se trouvaient réunis dans la première cour intérieure de la Maison de Santé Départementale, sise sur le plateau, avenue du Maréchal-Maunoury. Malheureusement une pluie fine vient de façon inopportune contrarier un moment le début de la visite de l'établissement. Le Dr Olivier, directeur-médecin de la Maison de Santé, donne une rapide esquisse historique de l'établissement créé en 1841, c'est-à-dire au lendemain même de la loi de 1838. Il succédait d'ailleurs à un Asile plus ancien dont les vestiges subsistent encore près de l'Eglise St-Vincent. Puis sous sa conduite et sous celle du Dr Sengès, médecin-chef, de M. Gautrot et de Mlle Krawzoff, internes, de M. Chabrias, économe, de M. Lorrain, secrétaire de Direction, les congressistes s'engagèrent dans les services des femmes hospitalisées au compte des collectivités. L'établissement, en dépit de quelques irrégularités de structure, offre une certaine symétrie, les pavillons d'hommes situés à gauche, ceux des femmes à droite. Ces pavillons d'ailleurs sont intriqués les uns dans les autres comme dans tous les asiles de la même époque. Seules, les infirmeries construites plus récemment, sont indépendantes et bien mieux aménagées. Après un court séjour dans les différentes divisions des femmes et dont les religieuses de St-Paul de Chartres ont la charge depuis la fondation de la Maison, les congressistes se rendent à l'Hospice Dessaignes, situé à 150 mètres de la Maison de Santé, dans les dépendances territoriales immédiates, et séparé d'elle par une barrière plus théorique que pratique, mais

que justifie le régime de la loi de 1905 auxquels sont soumis les malades de cette catégorie. L'Hospice Dessaignes est une fondation départementale due à l'initiative généreuse d'une personnalité bien connue dans ce département, M. Philibert Dessaignes, ancien député. Cet établissement consacré aux arriérés et aux épileptiques, a été créé en 1893, sous la direction du regretté Dr Doutrebente, puis terminé par le Dr Ramadier, ancien directeur en 1910. Il comprend 3 pavillons : un au centre affecté aux enfants (filles et garçons) et deux latéraux, l'un destiné aux femmes, l'autre aux hommes. La population moyenne y est de 150 hospitalisés. Ces trois pavillons, de construction récente, sont pourvus de la plupart des commodités de l'organisation hospitalière moderne.

Les congressistes n'ont pas le loisir de prolonger là leur visite. On les dirige en hâte jusqu'à la Villa Lunier, située à 300 mètres de la Maison de Santé. Cet établissement qui a été acquis par le département en 1863, sur les propositions du Dr Lunier, ancien directeur et ancien inspecteur général, constitue un pensionnat bien organisé et d'aspect agréable. Il comporte 4 grands pavillons et plusieurs petits pavillons affectés à des malades particuliers. Une moyenne de 130 malades y sont traités ; le nombre des femmes domine. Le pavillon des hommes a une origine très ancienne. Il remonte au XIIIe siècle et aurait subi bien des reconstructions. Il devint même une léproserie au moyen âge. Il fut habité un moment, au début du XIXe siècle par le général Hugo et par Victor Hugo. Il faut en lire l'histoire dans l'étude du Dr Lesueur, donnée à chaque membre adhérent du Congrès. Les congressistes vivement intéressés, parcourent avec curiosité ces divers services qui réalisent des conditions de confort moderne. Bientôt les visiteurs sont appelés devant la grande pelouse du pavillon des hommes pour se rafraîchir, car il fait chaud. Les boissons non alcoolisées et les mousseux du crû toujours appréciés, sont dégustés avec plaisir. Mais l'heure s'avance, les groupes s'arrachent à la sérénité reposante des lieux et se dispersent peu à peu. A 20 h. 30, les congressistes se retrouvaient toujours dispos au château, salle des Expositions (Gaston d'Orléans), pour prendre part à la dernière soirée, celle qui est traditionnellement offerte par le Président et les membres du Congrès. Infatigables, nos danseurs s'en donnèrent à cœur-joie. Ils ne se séparèrent que contraints et forcés à 2 heures du matin, un peu tristes, car cette semaine de réjouissances si variées avait fui avec une étonnante rapidité.

Tous les congressistes ne restent pas fidèlement jusqu'à la fin des Congrès ; néanmoins, le samedi matin, dernier jour du Congrès, nous nous retrouvions encore nombreux dans les cars qui nous conduisaient à Amboise. Ce trajet des bords de Loire est toujours plein d'attrait, mais le temps n'était pas sûr. Toutefois la promenade s'effectua sans incident. Amboise est une jolie petite ville qui s'étend de part et d'autre de la Loire, mais la vieille cité primitive est accrochée sur les flancs du côteau qui surplombe la rive gauche et le château domine un rocher abrupt. De la terrasse du château, on jouit d'un splendide panorama sur la vallée de la Loire, en amont et en aval et sur la forêt d'Amboise. Ce spectacle est encore plus ravissant vu du sommet de la tour du château. La chapelle St-Hubert, bijou merveilleusement ciselé, les salles de garde restaurées, la tour circulaire, les fenêtres où furent exécutés les protestants lors de la conjuration d'Amboise, la porte où se heurta mortellement Charles VIII, le tombeau de Léonard de Vinci, tous ces souvenirs historiques et archéologiques retiennent l'attention des congressistes. A 10 h. 1/2, les autocars s'ébranlaient emportant les congressistes à Tours, lieu de dislocation générale. Dès leur arrivée dans la capitale de la Touraine, dont on vante avec raison le charme accueillant, les congressistes sont reçus à l'Hôtel-de-Ville, somptueux de construction récente, par le Maire de Tours, M. Morin, et les représentants du corps médical dans la belle salle des fêtes. Le Maire de Tours, le Dr Cosse, Président de l'Association des médecins d'Indre-et-Loire, le professeur Raviart, le Dr Olivier échangent avec les congressistes le verre de mousseux en mains, les compliments de bienvenue. Il est midi et on peut dire que cette cérémonie officielle de réception clôt effectivement le Congrès. Cependant, le maire de Tours a bien voulu mettre à la disposition des congressistes, des personnalités compétentes qui, après le déjeuner, leur feront visiter les richesses archéologiques de Tours. En même temps, une caravane part en auto-car pour la visite des cathédrales de Bourges, d'Orléans et de Chartres.

Le XXXIe Congrès qui avait commencé sous les meilleurs auspices prend fin le 31 juillet, après s'être déroulé dans les conditions les plus heureuses de cordialité et d'intimité, laissant dans l'esprit de tous le plus grand profit scientifique et dans le cœur de chacun, les satisfactions les plus diverses.

TABLE DES MATIÈRES

I. PRÉLIMINAIRES

II

III. RAPPORTS

IV. COMMUNICATIONS

I. Communications de Psychiatrie

II. Communications de Neurologie

III. Communications d'Assistance et Thérapeutique

IV. Communications de Médecine légale

V

VI

VII

CAHORS, IMP. COUESLANT (*personnel intéressé*). — 35.318

TABLEAU DES 31 SESSIONS DU CONGRÈS

SESSIONS	LIEU	DATES	PRÉSIDENTS	SECRÉTAIRES GÉNÉRAUX	PREMIER RAPPORT		DEUXIÈME RAPPORT		TROISIÈME RAPPORT	
					SUJETS	RAPPORTEURS	SUJETS	RAPPORTEURS	SUJETS	RAPPORTEURS
Ire Session	Rouen.	1er-9 août 1890.	Professeur Ball.	Dr Guirault.	Présentations diverses.					
IIe	Lyon.	3-8 août 1891.	Dr Bouchereau.	Dr Albert Carrier.	Du rôle de l'alcoolisme dans l'étiologie de la paralysie générale.	Dr Rousset.	De la responsabilité légale et de la séquestration des aliénés persécuteurs.	Dr Coutagne.	De l'assistance des épileptiques.	Dr A. Lacour.
IIIe	Blois.	1er-6 août 1892.	Dr Théophile Roussel.	Dr Doutrebente.	Des délires des négations, sa valeur diagnostique et pronostique.	Dr Camuset.	Du secret médical en médecine mentale.	Dr Thivet.	Des colonies d'aliénés.	Dr Rist.
IVe	La Rochelle.	1er-6 août 1893.	Dr Christian.	Dr Mabille.	Des auto-intoxications dans les maladies mentales.	Drs Regis et Chevallier-Lavaure.	Des faux témoignages des aliénés devant la justice.	Dr Cullerre.	Des Sociétés de patronage des aliénés.	Dr Giraud.
Ve	Clermont-Ferrand.	6-11 août 1894.	Professeur Pierret.	Dr Hospital.	Rapports de l'hystérie et de la folie.	Dr Gilbert Ballet.	Des névrites périphériques.	Dr Babinski.	De l'assistance et de la législation relative aux alcooliques.	Dr Ladame.
VIe	Bordeaux.	1er-7 août 1895.	Professeur Joffroy.	Dr Régis.	Les psychoses de la vieillesse.	Dr Ritti.	Corps thyroïde et maladie de Basedow.	Dr Brissaud.	Des impulsions épileptiques.	Dr Victor Parant père.
VIIe	Nancy.	1er-5 août 1896.	Professeur Pitres.	Dr Vernet.	Pathogénie et physiologie pathologique de l'hallucination de l'ouïe.	Dr Seglas.	De la séméiologie du tremblement.	Dr Lamarcq.	De l'internement des aliénés dans les établissements spéciaux, thérapeutique et législation.	Dr Paul Garnier.
VIIIe	Toulouse.	2-8 août 1897.	Dr Ritti.	Dr Victor Parent.	Diagnostic de la paralysie générale.	Dr Arnaud.	L'hystérie infantile.	Dr Bézy.	Organisation médicale des asiles.	Dr Doutrebente.
IXe	Angers.	1er-6 août 1898.	Dr Motet.	Dr Petrucci.	Les troubles psychiques post-opératoires.	Dr Rayneau.	Du rôle des artérites dans la pathologie du système nerveux.	Dr Coulon.	Les délires transitoires au point de vue médico-légal.	Dr Vallon.
Xe	Marseille.	4-9 avril 1899.	Dr Doutrebente.	Dr Boubila.	Les délires systématisés secondaires.	Dr Anglade.	Les psychoses polynévritiques.	Dr Gilbert Ballet.	Aliénés méconnus et condamnés.	Dr Taty.
XIe	Limoges.	1er-7 août 1901.	Dr Gilbert Ballet.	Dr Doursout.	Du délire aigu au point de vue clinique, anatomo-pathologique et bactériologique.	Dr Albert Carrier.	Physiologie et pathologie du tonus musculaire, des reflexes et de la contracture.	Dr Crocq.	Le personnel secondaire des asiles d'aliénés.	Dr Taguet.
XIIe	Grenoble.	1er-7 août 1902.	Dr Régis.	Dr Bonnet.	Des états anxieux dans les maladies mentales.	Dr Gustave Lalanne.	Des tics en général.	Dr Noguès.	Les auto-accusateurs au point de vue médico-légal.	Dr Dupré.
XIIIe	Bruxelles.	1er-5 août 1903.	Professeur X. Francotte.	Dr Crocq.	Catatonie et stupeur.	Dr Claus.	Histologie de la paralysie générale.	Dr Klippel.	Traitement de l'agitation et de l'insomnie dans les maladies mentales et nerveuses.	Dr Trénel.
XIVe	Pau.	1er-7 août 1904.	Professeur Brissaud.	Dr Girma.	Les démences vésaniques.	Dr Deny.	Les localisations des fonctions motrices de la moelle épinière.	Dr Sano.	Des mesures à prendre à l'égard des aliénés criminels.	Dr Kéraval.
XVe	Rennes.	1er-7 août 1905.	Dr Giraud.	Dr Sizaret.	De l'hypochondrie (étude pathologique et neurologique).	Drs Roy et Juquelier.	Le syndrome de la névrite ascendante.	Dr Sicard.	Balnéation et hydrothérapie dans le traitement des maladies mentales.	Dr Pailhas.
XVIe	Lille.	1er-7 août 1906.	Professeur Grasset.	Dr Chocreaux.	Etude cytologique, bactériologique et expérimentale du sang chez les aliénés.	Dr Dide.	Le cerveau sénile.	Dr Léri.	La responsabilité des hystériques.	Dr Raoul Leroy.
XVIIe	Genève-Lausanne.	1er-7 août 1907.	Professeur Prévost.	Dr Long.	Les psychoses périodiques.	Dr Antheaume.	Définition et nature de l'hystérie.	Dr Schnyder.	L'expertise médico-légale et la question de la responsabilité.	Dr Gilbert Ballet.
XVIIIe	Dijon.	3-7 août 1908.	Dr Cullerre.	Dr Samuel Garnier.	Des troubles psychiques par perturbation des glandes à sécrétion interne.	Dr Laignel-Lavastine.	Formes cliniques et diagnostiques des névralgies.	Dr Henri Verger.	L'assistance des enfants anormaux.	Dr R. Charon.
XIXe	Nantes.	2-6 août 1909.	Dr Vallon.	Dr Mirallié.	Les fugues en psychiatrie.	Dr V. Parant fils.	Les chorées chroniques.	Dr Sainton.	L'aliénation mentale dans l'armée au point de vue clinique et médico-légal.	Drs Granjux et Raynaud.
XXe	Bruxelles-Liège.	1er-7 août 1910.	Drs Crocq et Klippel.	Dr Decroly.	La maladie du sommeil et les narcolepsies.	Dr Van Pampenhout. Dr Lhermitte.	La systématisation des lésions cutanées dans les maladies nerveuses.	Dr Rose.	Alcoolisme et criminalité.	Drs Aug. Ley et René Charpentier.
XXIe	Amiens.	1er-5 août 1911.	Dr Deny.	Dr R. Charon.	Des différentes espèces de douleurs psychopathiques (leur signification, leur rôle).	Dr Maillard.	Des tumeurs du corps pituitaire.	Dr Courtellemont.	De la valeur du témoignage des aliénés en justice.	Dr R. Lalanne.
XXIIe	Tunis.	1er-7 avril 1912.	Dr Mabille.	Dr Porot.	Les perversions instinctives.	Dr Dupré.	Complications nerveuses et mentales du paludisme.	Dr Chavigny.	L'assistance des aliénés aux colonies.	Prof. Régis et Dr Reboul.
XXIIIe	Le Puy.	1er-6 août 1913.	Dr Arnaud.	Dr Suttel.	Les troubles du mouvement dans la démence précoce.	Dr Lagriffe.	Les anesthésies dans l'hémyplégie cérébrale.	Dr Monier-Vinard.	Des indications opératoires chez les aliénés au point de vue thérapeutique et médico-légal.	Dr Picqué.
XXIVe	Strasbourg.	1er-7 août 1920.	Professeur Dupré.	Drs P. Courbon et R. Lalanne.	Les psychoses post-oniriques.	Dr Delmas.	Les lésions du corps thyroïde dans la maladie de Basedow.	Dr Roussy.	Les maladies mentales professionnelles.	Dr Coulonjou.
XXVe	Luxembourg-Metz.	1er-6 août 1921.	Drs Buffet et Henry Meige.	Drs Forman et R. Lalanne.	La conscience de l'état morbide chez les psychopathes.	Dr Logre.	L'épilepsie traumatique.	Dr Béhague.	La simulation des maladies mentales.	Dr Porot.
XXVIe	Quimper.	1er-6 août 1922.	Professeur Jean Lépine.	Dr Lagriffe.	Les troubles mentaux dans l'encéphalite épidémique.	Drs Truelle et Petit.	Les lésions du système nerveux central dans l'agitation motrice et la rigidité musculaire.	Dr Anglade.	L'assistance des psychopathes. De la sauvegarde des droits de l'individu et de la société dans le traitement des maladies mentales.	Dr Courbon.
XXVIIe	Besançon.	2-7 août 1923.	Dr Henri Colin.	Dr A. Santenoise.	La psychoanalyse.	Dr M.-A. Hesnard.	Troubles nerveux et circulatoires causés par les côtes cervicales.	Dr André Thomas.	La criminalité des toxicomanes.	Dr Legrain.
XXVIIIe	Bruxelles.	1er-7 août 1924.	Drs Glorieux et Ern. de Massary.	Dr Aug. Ley.	Une des formes de l'enfance anormale : La débilité mentale. Limites et évolution : Formes et complications.	Dr Th. Simon et G. Vermeylen.	Comment étudier les troubles du langage.	Dr M.-J. Froment.	L'adaptation du malade mental, à son milieu spécialement au point de vue de l'assistance familiale.	Dr M.-F. Sano.
XXIXe	Paris.	28 mai-1er juin 1925.	Dr Anglade.	Dr J.-M. Dupain.	La guérison tardive des maladies mentales.	Dr Jean Robert.	Les encéphalopathies infantiles familiales.	Dr M.-O. Crouzon.	La médecine légale civile des états d'affaiblissement intellectuel d'origine organique.	Drs Marcel Briand et Maurice Brissot.
XXXe	Genève-Lausanne.	2-7 août 1926.	Prof. Ed. Long et Dr René Semelaigne.	Dr A. Repond.	La schizophrénie.	Prof. Bleuler et Henri Claude.	Le signe de Babinski.	Dr Tournay.	La thérapeutique des maladies mentales par le travail.	Prof. Ladame et Dr Demay.
XXXIe	Blois.	25-30 juillet 1927.	Professeur Raviart.	Dr Olivier.	L'automatisme mental.	Drs Lévy-Valensi et Nayrac.	Les tumeurs des ventricules latéraux.	Dr Jumentié.	Le divorce des aliénés, sa jurisprudence, son application, ses résultats.	Dr Boven.
CONGRES DE 1900 (Section de psychiatrie du XIIIe Congrès international de Médecine)	Paris.	2-9 août 1900.	Dr Magnan.	Dr Ritti.	Les psychoses de la puberté.	Drs Zérhen (Utrecht), Ant. Mario (Turin), A. Voisin (Paris).	De l'anatomie pathologique de l'idiotie.	Drs Mierzgewski (Russie), Kuttleworth et Hetcher-Begel (Angleterre), Bourneville (Paris).	De l'alitement dans le traitement des formes aiguës de la folie et des modifications qu'il pourrait entraîner dans l'organisation des établissements consacrés aux aliénés.	Drs Korsakoff (Moscou), Clémence Feisset (Lemberg), Jules Morel (Mons).

SECRÉTARIAT PERMANENT DU CONGRÈS : Ce poste, créé en 1906, a été occupé jusqu'en 1911 par le Dr Henry Meige, de 1911 à 1920 par le Dr René Semelaigne et, depuis 1920, par le Dr René Charpentier.